

MUTUALIDADES DE SAÚDE
E ASSOCIAÇÕES
DE MICRO-EMPRESÁRIOS

GUIA

A edição original desta obra foi publicada pelo “Bureau” Internacional do Trabalho (Genebra) com o título:
“Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs Guide”

Traduzida e reproduzida de acordo com autorização.
Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2001

Edição Portuguesa Copyright © 2001 Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal
Primeira edição portuguesa: 2001
ISBN: 972-98623-5-4

Tradução: Carla Sofia Feliciano / Adriana Duarte de Sá
Revisão: Departamento de Cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade

As designações utilizadas nas publicações do BIT, que estão em conformidade com a prática das Nações Unidas, e a apresentação dos dados aí descritos não implicam da parte do “Bureau” Internacional do Trabalho nenhuma tomada de posição no que diz respeito ao estatuto jurídico de determinado país, zona ou território, ou das suas autoridades, nem no que diz respeito ao traçado das suas fronteiras.

Os artigos, estudos e outros textos assinados comprometem unicamente os seus autores, não significando, a publicação dos mesmos, que o “Bureau” Internacional do Trabalho subscreva as opiniões aí expressas.

A menção ou omissão de determinada empresa ou de determinado produto ou processo comercial não implica da parte do BIT qualquer tipo de apreciação favorável ou desfavorável.

Edição/Distribuição:
Departamento de Cooperação do
Ministério do Trabalho e da Solidariedade
Rua Castilho, 24 – 7º Esq. 1250-069 Lisboa

ISBN: 972-98623-5-4
Tiragem: exemplares
Dep. Legal:
Impressão: Silvas – Coop. de Trabalhadores Gráficos, crl

“Bureau” Internacional do Trabalho

MUTUALIDADES DE SAÚDE
E ASSOCIAÇÕES
DE MICRO-EMPRESÁRIOS

GUIA

Ministério do Trabalho e da Solidariedade
Departamento de Cooperação

O programa «Estratégias e Técnicas contra a Exclusão social e a Pobreza» (STEP) da Organização Internacional do Trabalho é um instrumento para aumentar a cobertura e a eficácia da protecção social no mundo.

Em concordância com as conclusões da Cimeira mundial para o desenvolvimento social em Copenhaga, o programa STEP promove a concepção e a difusão de sistemas inovadores destinados à protecção social das populações excluídas. Baseados nos princípios de equidade, eficiência e solidariedade, estes sistemas contribuem para a justiça e a coesão social.

Nas suas intervenções, o STEP combina diferentes tipos de actividades: desenvolvimento dos conhecimentos, produção de ferramentas metodológicas e de obras de referência, acções concretas no terreno, apoio técnico na definição e aplicação das políticas.

Programme STEP
Secteur de la Protection Sociale
Bureau International du Travail
4, route des Morillons
CH - 1211 Genève 22, Suisse
Tél.: (41 22) 799 65 44 - Fax: (41 22) 799 66 44
e-mail: step@ilo.org • INTERNET: www.ilo.org/step

No mundo inteiro, milhões de pessoas procuram desesperadamente um trabalho decente para saírem da pobreza. Para a maioria, torna-se difícil ou quase impossível, com as empresas existentes, o acesso a um emprego permanente com um salário e razoáveis condições de trabalho beneficiando de protecção social.

O programa essencial de promoção do emprego através do desenvolvimento das pequenas empresas (SEED) foi iniciado de forma a ajudar os governos, os parceiros sociais e as empresas na criação de empregos de qualidade no sector da pequena empresa.

Através da sua acção, o SEED pretende aplicar as melhores práticas e desenvolver uma base de conhecimentos sólida sobre o emprego nas pequenas empresas. Empenha-se igualmente em pôr este conhecimento em prática através dos conselhos sobre as políticas, da assistência técnica e uma sensibilização da comunidade internacional. Os critérios sobre os quais o SEED estabelece a promoção de instrumentos e a concepção de novos métodos relacionam-se com o impacto potencial, a facilidade de aplicação, a conformidade para com as pessoas envolvidas, a rentabilidade e a permanência, acrescentando ainda as intervenções do BIT.

Programme focal SEED
Secteur de l'emploi
Bureau International du Travail
4, route des Morrillons
CH - 1211 Genève 22, Suisse
Tél.: (41 22) 799 68 62 - Fax: (41 22) 799 79 78
e-mail: ifp-sed@ilo.org • INTERNET: www.ilo.org/sed

Prefácio

Actualmente o objectivo fundamental da Organização internacional do Trabalho (OIT) é o de contribuir para que cada mulher e cada homem possa ter acesso a um trabalho decente e produtivo em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade. A noção de trabalho decente engloba a maior parte das dimensões relativas às melhorias do mundo do trabalho: a obtenção de um emprego e de um rendimento convenientes, o acesso à protecção social, o benefício dos direitos fundamentais no trabalho e a participação nas decisões através do diálogo social.

Conciliar a um mesmo nível a criação de emprego e o acesso à protecção social constitui uma vantagem chave para a promoção do trabalho digno. Esta conciliação não é fácil quando nos dirigimos a operadores da economia informal. Com efeito, se estão criadas estas estratégias de promoção de emprego, através do desenvolvimento das micro e pequenas empresas, na sua aplicação são ainda bastante insuficientes para se poderem integrar as questões de protecção social.

Foi esta necessidade de conciliar criação de emprego e acesso à protecção social que motivou a colaboração entre os programas SEED e STEP¹. Este guia é um dos produtos desta colaboração. É destinado a todas as pessoas interessadas na criação de mutualidades de saúde por associações de micro-empresários.

Em muitos países em vias de desenvolvimento, a maioria das micro-empresas encontra-se na economia informal. É aqui que o défice de protecção social é o mais importante. Este défice atinge proporções consideráveis em determinadas regiões do mundo. Estima-se, por exemplo, que perto de 80% da população dos países africanos abaixo do Sara não tenha acesso de forma satisfatória aos cuidados básicos de saúde.

A protecção social é antes de mais um direito legítimo de todo o indivíduo. É também uma condição do progresso económico e social. A ausência de protecção social pode ter consequências graves não apenas para a saúde das pessoas que trabalham nas micro-empresas como também para o funcionamento das mesmas. Por exemplo, para fazer face às despesas de saúde, um micro-empresário pode assegurar-se com a venda de uma parte dos seus bens de produção. Um mau estado de saúde provoca igualmente ausências no trabalho e uma perda na produtividade. Sendo com frequência a micro-empresa a mais importante fonte de rendimentos de famílias inteiras, esta situação afecta directamente o bem-estar de inúmeras pessoas.

Se a extensão da protecção social ao conjunto dos micro-empresários surge como legítima, tanto do ponto de vista da equidade como da eficiência, subsistem interrogações sobre os meios de alcançar esta extensão. As experiências válidas são ainda em número reduzido. Neste domínio, muito mais do que em qualquer outro, é necessário passar por algum pragmatismo e inovação para determinar os mecanismos mais apropriados que permitirão fornecer uma protecção social abrangente.

O BIT, através do seu Sector da Protecção social, opera a três níveis no que diz respeito aos seus mecanismos de extensão:

extensão a partir dos sistemas de segurança social, dos sistemas de saúde pública e dos programas de assistência social incentivados pelo Estado;

desenvolvimento de sistemas de protecção descentralizados resultantes de iniciativas locais;

articulação dos sistemas descentralizados com outros sistemas de protecção social.

As mutualidades de saúde são o produto de iniciativas locais. Elas conjugam os princípios fundamentais da segurança, da participação e da solidariedade. Accionam mecanismos de segurança, uma vez que fazendo uma média ao pagamento de contribuições, o membro recebe do conjunto do grupo uma indemnização quando surge um risco. Fazem accionar as solidariedades, porque se todos os membros contribuem, só aqueles que são afectados por um determinado acontecimento beneficiam de um apoio financeiro. Promovem a participação uma vez que a adesão é livre e todos os aderentes têm o direito de participar, directa ou indirectamente, junto das diferentes instâncias de decisão e de controlar o funcionamento da sua mutualidade.

As mutualidades de saúde relacionadas com as associações de micro-empresários permanecem ainda pouco numerosas. Elas são no entanto, objecto de um interesse crescente por parte destas associações e dos promotores de micro-empresas. Este guia fornece as informações de base necessárias para estas pessoas de modo a avaliar o interesse mas também as dificuldades da criação das mutualidades. Estas dificuldades não devem ser desvalorizadas tendo em conta a relativa novidade sobre o assunto.

Em muitos casos, os micro-empresários, em particular aqueles que operam na economia informal, são pessoas carenciadas. É legítimo que, em nome da equidade, os mecanismos de protecção social destas pessoas beneficiem de um apoio financeiro que permita fazer funcionar a solidariedade ao nível nacional. Se, em muitos

¹ O primeiro destes dois programas do BIT opera no sector do emprego e o segundo no da protecção social.

países, as possibilidades de apoio financeiro são muito reduzidas ou praticamente nulas, este problema de equidade deve ser preservado no desenvolvimento futuro dos sistemas mutualistas.

Quadro de Conteúdos

Introdução 5

A quem se destina este guia?	5
Qual é o objectivo deste guia?	5
O conteúdo do guia	5

I. A situação das micro-empresas 5

1.1 Dimensão, composição e importância 5

1.2 Os problemas e condicionantes das micro-empresas 6

- a) Os obstáculos internos das empresas 6
- b) O ambiente institucional 7
- c) O acesso aos serviços de financiamento e de desenvolvimento 7

1.3 As associações de micro-empresários 7

- a) A criação das associações profissionais 7
- b) As associações sectoriais, locais e federais 8
- c) Os serviços oferecidos pelas associações aos seus membros 8

II. As condições de trabalho e a protecção da saúde nas micro-empresas 9

2.1 Introdução 9

2.2 Condições de trabalho precárias 9

2.3 A protecção social do sector informal 9

III. O papel das associações profissionais na protecção da saúde 11

3.1 A prevenção em termos de despesas de saúde 11

3.2 Dois mecanismos de prevenção: o pré-pagamento e o seguro 11

- a) o pré-pagamento sem partilha de riscos 11
- b) O seguro 12

3.3 As associações profissionais vocacionadas para a satisfação das necessidades dos seus membros 12

3.4 A definição de uma mutualidade de saúde 13

IV. Os serviços fornecidos pelas mutualidades de saúde 14

4.1 Os princípios de base de uma mutualidade de saúde 14

- a) Solidariedade entre os membros 14
- b) Funcionamento democrático e participativo 14
- c) Autonomia e liberdade 14
- d) Desenvolvimento pessoal 14
- e) Fim não lucrativo 14

f)	Responsabilidade	15
g)	Dinâmica de um movimento social	15
4.2	Natureza dos serviços proporcionados por uma mutualidade de saúde	15
4.3	Tipos de cuidados que uma mutualidade de saúde pode cobrir	16
a)	Os cuidados primários de saúde ou «pequenos riscos»	16
b)	Os cuidados hospitalares	16
c)	Os cuidados especializados	16
d)	Os medicamentos	16
e)	Outros	16
4.4	A cobertura parcial das despesas de saúde	16
a)	O co-pagamento	16
b)	O contrato de franquia	17
c)	Limite de indemnização	17
4.5	Formas de concessão das prestações aos membros	17
a)	O pagamento dos cuidados de saúde pelo associado	17
b)	O pagamento directo pela mutualidade	17

V. A organização e o funcionamento das mutualidades de saúde 17

5.1	A organização de uma mutualidade de saúde	17
a)	A organização interna de uma mutualidade de saúde	18
b)	A estruturação das mutualidades de saúde	18
5.2	A adesão a uma mutualidade de saúde	19
a)	O aderente / o titular	19
b)	Os beneficiários	19
c)	As categorias de pessoas cuja adesão coloca dificuldades	20
d)	As modalidades de adesão a uma mutualidade de saúde	20
5.3	Os maiores riscos associados ao seguro de saúde	21
a)	O risco da selecção adversa	21
b)	O risco moral	21
c)	O risco de super-prescrição	21
d)	As fraudes e os abusos	21
e)	A ocorrência de casos «catastróficos»	22
5.4	A gestão de uma mutualidade de saúde	22
a)	A gestão dos recursos humanos	22
b)	A gestão dos recursos materiais	22
c)	A gestão dos recursos financeiros	23
5.5	As perspectivas de duração e de viabilidade de uma mutualidade de saúde	23

VI. A criação de uma mutualidade de saúde por uma associação profissional 23

6.1	As diferentes etapas	23
6.2	A sensibilização e a motivação	24
6.3	A verificação das condições prévias	24
a)	Devem existir elos de solidariedade entre os futuros aderentes	24

b)	Os potenciais aderentes devem sentir as dificuldades financeiras para aceder aos cuidados de saúde	24	
c)	A população alvo deve ter confiança nos impulsionadores do projecto	25	
d)	Devem estar disponíveis serviços de saúde de qualidade	25	
e)	Desencadeamento de uma dinâmica de desenvolvimento socio-económico		25
6.4	O estudo do contexto	25	
6.5	A escolha da fórmula mutualista mais adequada	25	
a)	A escolha dos cuidados médicos cobertos pela mutualidade de saúde	26	
b)	O cálculo das contribuições	28	

VII. Conclusões 29

Bibliografia	30
---------------------	----

Introdução

A quem se destina este guia?

Este guia é destinado a todos aqueles que se interessam pela protecção social dos micro-empresários e dos trabalhadores das micro-empresas. Trata-se nomeadamente de responsáveis de associações de micro-empresários, de promotores destas associações (ONG, projectos, federações, etc.) bem como de responsáveis e técnicos de organizações ou de administrações que operem no domínio do emprego, da protecção social ou da saúde.

Qual é o objectivo deste guia?

Este guia tem como objectivo permitir aos leitores a apreciação do interesse e as dificuldades para a criação de mutualidades de saúde por parte das associações de micro-empresários. Fornece as informações de base necessárias para o alcance deste objectivo apresentando os elementos que devem ser considerados. No entanto, não aborda o conjunto das técnicas a utilizar por uma associação de micro-empresários para a criação de uma mutualidade de saúde num determinado contexto. São necessárias ferramentas complementares.

O conteúdo do guia

O capítulo 1, denominado **A situação das micro-empresas**, apresenta as características essenciais das micro-empresas e as principais dificuldades com as quais são confrontadas. Descreve, em seguida, o processo de criação das associações de micro-empresários bem como o tipo de serviços que elas fornecem.

O capítulo 2, intitulado **As condições de trabalho e a protecção da saúde nas micro-empresas**, realça a importância dos riscos sanitários aos quais estão sujeitas as pessoas que trabalham nas micro-empresas. Apresenta em seguida o défice de protecção sofrido pela grande maioria destas pessoas quando as micro-empresas operam no sector informal. Por fim, descreve de forma sucinta as dificuldades e algumas iniciativas para aumentar a protecção social neste sector.

O capítulo 3, denominado **O papel das associações profissionais na protecção da saúde**, está destinado ao risco de doença e aos meios de o enfrentar. Descreve dois mecanismos de prevenção: o pré-pagamento sem partilha de riscos e o seguro. Por fim, realça o potencial específico que apresentam as associações de micro-empresários para a realização de actividades de protecção à saúde.

O capítulo 4, intitulado **Os serviços fornecidos pelas mutualidades de saúde**, destina-se, numa primeira parte, à descrição dos princípios de base da mutualidade. Em seguida desenvolve a natureza dos serviços que uma mutualidade de saúde pode oferecer aos seus membros, as condições de acesso a estes serviços e as modalidades de concessão das prestações.

O capítulo 5, denominado **A organização e o funcionamento das mutualidades de saúde**, apresenta uma estrutura organizativa tipo, relativa a uma mutualidade de saúde: funções e relações dos principais órgãos. Examina as modalidades e as condições de adesão do membro para que certas pessoas a seu cargo possam igualmente beneficiar dos serviços da mutualidade. Aborda, em seguida, os riscos maiores associados ao seguro de saúde. Por fim, oferece um cálculo da gestão administrativa e financeira de uma mutualidade.

O capítulo 6, intitulado **A criação de uma mutualidade de saúde por uma associação de micro-empresários**, analisa as condições e o processo de criação de uma mutualidade. Aqui são descritas as diferentes etapas de constituição de uma mutualidade. São fornecidas as indicações sobre as condições prévias e os trabalhos preliminares a esta criação. Este capítulo apresenta alguns critérios a considerar para definição da fórmula mutualista mais adequada.

I. A situação das micro-empresas

1.1 Dimensão, composição e importância

As micro-empresas são definidas como entidades económicas (micro-empresas ou agrupamentos de interesse económico) compostos por 1 a 10 pessoas que trabalham com um fim lucrativo, fora da agricultura (Haan et al., 1996). Na maioria dos países africanos, os agentes deste sector económico representam mais de metade da população activa urbana. Por outro lado, a grande maioria dos novos empregos são criados pelas micro-empresas. Na Ásia, as micro-empresas do sector informal fornecem 40 a 50% dos empregos urbanos. Em África e na América Latina, o emprego nas micro-empresas aumenta quatro vezes mais do que os empregos formais nas médias e grandes empresas (BIT, 1998).

Em muitos países, onde o acesso das mulheres ao mercado de trabalho formal é difícil, o trabalho independente ou a criação de empresas representa com frequência a única possibilidade de acesso ao emprego e aos rendimentos. As mulheres são actualmente consideradas maioria entre os micro-empresários do sector informal de muitos países. Por exemplo, na Zâmbia e na Indonésia, elas atingem respectivamente 72% e 65% dos efectivos (BIT, 1998).

Na sequência da privatização das empresas estatais e da redução das despesas públicas, as micro-empresas desempenharam um papel crucial na diminuição do desemprego, através da absorção das pessoas que chegam ao mercado de trabalho.

Estas empresas serviram de amortecedores aos choques criados pelas crises económicas e os programas de ajustamento estrutural. Assumir estas importantes funções sociais e económicas das micro-empresas deverá conduzir à ultrapassagem da visão que as reduz a um último recurso desenvolvido por pessoas analfabetas ou que não tenham seguido estudos avançados.²

Mesmo se as oportunidades de emprego formal são escassas, a maioria dos micro-empresários mantém a esperança de uma oferta de emprego mais vantajosa. Adoptam estratégias a curto prazo que nem sempre maximizam os benefícios e a expansão da empresa a longo prazo. Isto torna difícil o estabelecimento de relações duradouras entre o empresário e o seu ambiente social e económico, e constitui um sério obstáculo à aplicação de sistemas de seguro de saúde.

Muitas micro-empresas tornaram-se actores importantes no crescimento da economia e fornecem bens e serviços necessários a uma larga quantidade da população. Têm por vezes laços com as empresas maiores, quer seja enquanto fornecedores de bens e serviços intermediários, quer seja enquanto compradores e/ou agentes comerciais.

Uma consequência da globalização para os países em desenvolvimento reside na importação acrescida de produtos manufacturados que substituem muitas vezes as ofertas das indústrias tradicionais e autóctones. Esta situação coloca problemas a determinadas micro-empresas, nomeadamente nas empresas têxteis, no trabalho do ferro e no artesanato. Em contrapartida, foram criadas oportunidades no comércio e nos serviços como sendo serviços de fotocópias, quiosques telefónicos, serviços de contabilidade e de gestão e formação profissional.

As micro-empresas e as suas associações tornam-se igualmente parceiras na gestão dos serviços públicos — recolha dos lixos, manutenção das infra-estruturas — sob uma base comercial. Na Índia e na Tunísia por exemplo, a franquia sobre o serviço público do telefone criou oportunidades para milhares de estabelecimentos, tratando-se, na maior parte, de micro-empresas.

No conjunto, a característica mais surpreendente das micro-empresas é a sua grande diversidade, que deve ser considerada durante a concepção de uma mutualidade de saúde quando dirigida a este grupo alvo:

- encontram-se em praticamente todos os sectores económicos — mesmo se predominam nos serviços;
- estão dispersas por todo o país — sobretudo nas zonas urbanas;
- são dirigidas tanto por homens como por mulheres — em determinados sub-sectores, como é o caso do sector agro-alimentar as mulheres estão em vantagem de representação;
- a maioria são unidades paralisadas com fracas perspectivas de crescimento, embora certas desenvolvam as suas actividades;
- o seu grau de integração económica e de formalização é muito variável.

² Este guia abrange sobretudo as micro-empresas do sector informal e tem menos interesse pelas profissões liberais tais como advogados, médicos, etc.

1.2 Os problemas e as condicionantes das micro-empresas

a) Os obstáculos internos às empresas

Muitos dirigentes de micro-empresas concluíram apenas os estudos primários, e a maioria não os chegou a terminar (BIT, 1998). Os trabalhadores e assistentes das micro-empresas têm também conhecimentos técnicos muito rudimentares. As escolas de formação profissional não preparam verdadeiramente para o emprego nas micro-empresas. Em Dar es-Salaam (República Unida da Tanzânia), por exemplo, apenas 8% dos proprietários de micro-empresas no fabrico e 14,2% dos seus empregados receberam uma educação formal (Mwinuka, J. B., 1996). A aprendizagem é, por consequência, a principal fonte de desenvolvimento das suas competências.

Este défice de educação formal constitui um travão ao desenvolvimento das micro-empresas e conduz a uma atitude conservadora e defensiva sob diversos domínios. O mais frequente, a aposta nos riscos, a pesquisa de mercados, a inovação, o compromisso de pessoal qualificado, etc. não são os mais adequados.

Um outro obstáculo específico ao desenvolvimento das micro-empresas é o facto de estas serem com frequência a única fonte de rendimentos para toda a família do empresário. Devido à ausência de um simples sistema de gestão e de fracos conhecimentos em contabilidade, o dinheiro ganho é directamente utilizado para as despesas da casa. Esta situação surge particularmente nas empresas geridas por mulheres, uma vez que estas assumem cada vez mais despesas no seio da família. Por outro lado, as mulheres conjugam muitas vezes as tarefas domésticas e a gestão da empresa, em particular quando trabalham em casa ou próximo da residência.

b) O ambiente institucional

As condições para o sucesso das micro-empresas são diversas, mas dependem em grande parte da atitude dos poderes públicos face às micro-empresas e da acessibilidade dos serviços de financiamento e de apoio/aconselhamento.

Os governos fazem, cada vez mais, a promoção do sector privado. No entanto, as suas políticas macro-económicas e financeiras nem sempre são favoráveis ao desenvolvimento das micro-empresas. As políticas de liberalização dos mercados favoreceram particularmente as grandes empresas e os regimes fiscais são muitas vezes discriminatórios face às micro e pequenas empresas³ (Maldonado, 1995).

À escala local, as políticas de urbanização ignoram com frequência a necessidade de instalar locais equipados para as várias micro-empresas. A recolha irregular dos lixos vêm juntar-se outros problemas de infra-estruturas tais como redes rodoviárias obsoletas, a falta de electricidade, de água potável e de saneamento. Os pesados procedimentos de concessão das licenças e de registo como é o caso das políticas locais de impostos representam outros obstáculos ao desenvolvimento das micro-empresas, que são igualmente um objectivo de escolha para as autoridades descentralizadas preocupadas em mobilizar um número cada vez maior de recursos ao nível local.

As iniciativas governamentais como seja a abertura de zonas industriais e os fundos especiais de créditos ou os sistemas de segurança social, não atingem facilmente os micro-empresários em parte porque muitas unidades não estão registadas preferindo permanecer «invisíveis». O défice de comunicação e a ausência de campanhas de informação contribuem igualmente para o isolamento dos micro-empresários.

c) O acesso aos serviços de financiamento e de desenvolvimento

A ausência de capital é um dos principais problemas dos micro-empresários. A maioria inicia as suas actividades com a ajuda de uma poupança pessoal e de empréstimos familiares. A fraca competência em gestão por parte de inúmeros empresários associa-se a uma ausência de fundos quase constante. Em consequência, a capacidade de investimento na compra de novos equipamentos, na pesquisa de novos produtos ou mercados portadores e na melhoria das condições de trabalho é bastante limitada.

Frequentemente, fazem falta serviços adequados de financiamento a favor dos micro-empresários. Embora geralmente existam sistemas vulgares de poupança e de crédito muito eficazes, poucos bancos manifestam

³ As grandes empresas beneficiam de transferências fiscais enquanto que às pequenas unidades são aplicados pesados impostos através de taxas indirectas. O BIT desenvolveu vários estudos demonstrando que, mesmo que o sector informal não pague impostos, são-lhe aplicadas bastantes taxas indirectas.

interesse em relação às micro-empresas. As ONG e os programas de desenvolvimento criaram serviços bancários especializados, tornando assim mais acessível o crédito a curto prazo. No entanto, os recursos financeiros a longo prazo, nomeadamente para o capital de risco e investimentos, tornam-se dificilmente acessíveis.

Os sistemas de micro-finança tomam cada vez maior amplitude. Para os micro-empresários, a possibilidade de colocação do seu dinheiro num local seguro, longe dos pedidos de doações e de empréstimos por parte dos membros da família, contribui para o sucesso deste serviço. É necessário examinar assim a possibilidade de assentar a mutualidade de saúde com base numa poupança crescente.

As micro-empresas têm necessidade de muitos outros serviços de carácter não financeiro. Eles são, entre outros, a formação técnica, a formação para a gestão, a informação sobre os mercados, a inovação tecnológica, o suporte de marketing, a criação de redes industriais e o suporte organizativo.

1.3 As associações de micro-empresários

a) A criação das associações profissionais⁴

Os micro-empresários reúnem-se por razões pragmáticas, em particular ligadas ao ambiente imediato do trabalho. Reagrupados, os empresários podem realizar economias de escala permitindo fazer baixar os preços, aceder a mercados mais importantes ou partilhar o equipamento e as ferramentas demasiado dispendiosas para um único indivíduo ou uma única micro-empresa. Em certos casos, esta situação conduz à criação de uma infra-estrutura comum onde os membros podem aceder a serviços específicos com menor custo.

O receio de expulsão ou de outras acções repressivas por parte das autoridades locais constitui igualmente uma razão essencial para a formação de associações. Em muitas cidades, o clima hostil e as atitudes imprevisíveis dos funcionários levaram ao reagrupamento dos micro-empresários em associações profissionais.

Os factores aqui expostos contribuem para a atracção, força e duração das associações e serão consequentemente levados em consideração para a sensibilização e a promoção das mutualidades de saúde:

- um líder carismático;
- uma gestão profissional e democrática;
- uma boa mediação interna;
- um nível suficiente de representação interna;
- um estatuto legal apropriado;
- serviços selectivos para os membros (serviços necessários e pouco dispendiosos);
- fontes de rendimentos diversificadas e estáveis;
- boas relações externas;
- um grau satisfatório de legitimidade pública.

A estes factores, internos à associação, é acrescentada a necessidade de avaliar o ambiente político, legislativo e regulamentar no seio do qual as associações evoluem.

b) As associações sectoriais, locais e federais

Determinadas associações, baseadas na mesma actividade económica, oferecem serviços tais como as licenças de importação ou os locais para os vendedores; têm acesso a serviços do Estado ou negociam tarifas preferenciais. Outras associações, formadas sob uma base territorial, partilham serviços em comum, como sendo a água, os serviços de saneamento, a recolha de lixos, contribuindo assim para um melhor ambiente de trabalho.

Em certos países, as associações baseadas em actividades económicas diferentes formaram-se em federações nacionais. No Mali, por exemplo, a Federação nacional dos artesãos do Mali reagrupa mais de 50 associações nacionais, com uma capacidade de mais de 20 000 membros e teve uma influência decisiva na política de desenvolvimento das micro-empresas neste país.

c) Os serviços oferecidos pelas associações aos seus membros

⁴ Neste texto, o termo “associação profissional” é usado para descrever uma organização que reagrupa os micro-empresários com vista à defesa dos interesses dos seus membros e ao fornecimento de serviços comuns, enquanto que os termos “cooperativa” ou “grupo” são reservados às organizações que gerem actividades económicas partilhadas pelos seus membros.

A representação e a defesa dos interesses dos seus membros são essenciais para a formulação de uma política de regras adequadas, condições do diálogo social para os empresários e trabalhadores.

Os serviços fornecidos pelas associações incluem o controlo de câmbios, a pesquisa de novos produtos, o comércio de grandes encomendas, etc. Nos domínios da gestão e da transferência de competências, determinadas associações organizam sessões de formação para os seus membros.

Outras associações facilitam aos seus membros o acesso ao crédito, colaborando muitas vezes com os bancos e as ONG. Os clubes e cooperativas de poupança e de crédito (nomeadamente as «tontinas» ou «roscas») bem como fundos para socorros, fundos para funerais, etc. são mecanismos frequentemente baseados em redes sociais existentes, transformando assim a solidariedade de bairro ocasional em estruturas de apoio mutual regular. Os mecanismos assumem uma dimensão financeira muito limitada e a sua viabilidade nem sempre é assegurada. É assim necessário desenvolver sistemas mais sólidos para responder às necessidades dos micro-empresários.

NVIDOMA: a Associação das mulheres da aldeia de Ntulume (Uganda)

A Associação das mulheres da aldeia de Ntulume, registada como ONG desde 1987, reagrupa 72 mulheres membros que gerem a sua própria pequena empresa. Muitas destas mulheres possuem uma banca no mercado ou uma loja, com produtos tão diversos como tomates ou vestuário de ocasião. Algumas fazem criação de frangos, fazem pão, cultivam cogumelos ou fabricam o vestuário. Um dos membros fundadores é o pilar e o guia do NVIDOMA. A sede foi construída no seu terreno, pelos próprios membros desta associação.

Os outros membros eleitos do comité são todos mulheres de negócios com experiência. Desempenham um papel de conselheiros financeiros e comerciais em relação aos outros membros. A associação gere o seu próprio fundo com um montante de aproximadamente 3 500 dólares e concluiu os acordos com diversas organizações de micro-finança para a concessão de créditos aos membros. A associação fornece uma parte da formação em gestão financeira e de empresa, em troca de uma pequena contribuição financeira.

A criação de emprego e de rendimentos para as mulheres são os principais objectivos do NVIDOMA. Com o apoio das organizações como Mama Cash e Global Fund, os membros beneficiaram de importantes serviços financeiros para as empresas.

II. As condições de trabalho e a protecção de saúde nas micro-empresas

2.1 Introdução

A parte obscura das micro-empresas diz respeito às suas condições de trabalho. A maioria dos micro-empresários trabalha durante várias horas, em locais de trabalho monótonos e com lucros irrisórios. Quando contratam os empregados, estes são frequentemente remunerados abaixo dos mínimos sociais e não assinam qualquer contrato de trabalho.

Muitas micro-empresas trabalham com material pouco seguro, em condições desfavoráveis e sem acesso à segurança social para fazer face às doenças, aos acidentes e à velhice. A sua marginalização económica não lhes permite fazer face aos investimentos necessários para o seu bom funcionamento e desenvolvimento. O alto grau de analfabetismo e de ignorância nas micro-empresas reduz a tomada de consciência dos riscos implicados.

Quando o proprietário da micro-empresa se magoa ou fica doente, o bem-estar de toda a família é imediatamente ameaçado. Para além disso, os custos elevados em cuidados de saúde e a perda de rendimentos vitais dissuadem-no de procurar no imediato uma assistência médica. Quando finalmente decide visitar um centro médico, os custos dos cuidados de saúde tornam-se mais elevados: tendo a espera agravado o seu estado de saúde.

Devido à introdução da partilha dos custos de saúde e à deterioração geral dos serviços públicos nos países em desenvolvimento, a população deve cada vez mais assegurar a sua própria protecção social. As associações — de bairro e profissionais — podem contribuir para a melhoria do acesso aos serviços como a guarda de crianças, a educação e os cuidados médicos.

A aplicação de mutualidades necessita das associações de micro-empresas com um suficiente grau de confiança entre os membros potenciais, e uma boa experiência na colaboração e gestão. Para além disso, deveria existir uma estrutura simples de gestão colectiva, uma vez que ela é a base de uma administração transparente e credível para uma mutualidade de saúde

2.2 Condições de trabalho precárias

As condições de trabalho são muitas vezes precárias nas micro-empresas: a poeira e o ruído, a má iluminação, a desordem nas oficinas, máquinas e ferramentas perigosas.

Um inquérito efectuado em 11 ramos do sector informal em Dar es-Salaam (Forastieri et al., 1996), representando um grande leque de actividades, fez ressurgir os seguintes problemas: a exposição às poeiras, o trabalho extenuante, a má postura, as longas horas de trabalho sob pressão física e mental, o transporte inadequado, cargas pesadas, espaços húmidos e a ausência de sapatos em solos molhados. Muitos acidentes devem-se ao mau estado do equipamento e à ausência de material de protecção. O estado das ferramentas, a falta de espaço nos locais de trabalho e a fraca organização agravam ainda mais esta situação.

O inquérito demonstrou que a maior parte das empresas carece de água potável e de serviços de saneamento e não beneficia da recolha de lixo. Nenhum inspector de trabalho tinha visitado estes locais de trabalho para promover os cuidados preventivos, e apenas algumas empresas dispunham de uma caixa de primeiros socorros.

Os problemas em matéria de saúde expressos pelos micro-empresários e pelos seus trabalhadores dizem respeito a dores nas costas, hérnias, dores nas articulações e músculos e dores de cabeça.

Segundo dados avançados, a insegurança no local de trabalho é causada por uma falta de tomada de consciência, uma fraca capacidade de gestão e uma falta de financiamento que permita a aplicação das medidas de protecção. As políticas governamentais ignoraram em grande parte as dificuldades específicas das micro-empresas e não estão preocupadas em melhorar as suas condições de trabalho, exigindo ao mesmo tempo das mesmas o respeito de elevadas normas.

Inúmeros exemplos demonstram como as condições de trabalho podem ser melhoradas sem fazer aumentar muito os custos (Kogi et al., 1989). O material de formação da OIT como é o caso do I-WEB «Melhorar o ambiente profissional e a actividade das micro-empresas» e o guia PATRIS «Guia de participação para os trabalhadores do sector informal» aborda as necessidades específicas e a capacidade de absorção das micro-empresas. Estes instrumentos de formação utilizam técnicas audiovisuais e baseiam-se nas práticas locais. Os fornecedores de equipamento poderiam igualmente desempenhar um papel mais activo, combinando as suas actividades de marketing com conselhos sobre a boa instalação e utilização adequada das suas máquinas.

No entanto, apesar da consciência acrescida e de um melhor acesso aos instrumentos e técnicas de prevenção, muitos empresários e trabalhadores não as adoptam. De forma a remediar esta situação, os empresários deveriam ter em conta os elevados e invisíveis custos dos acidentes bem como o impacto positivo da prevenção dos acidentes e doenças nos benefícios e na produtividade.

2.3 A protecção social do sector informal

No domínio da saúde, calcula-se que a exclusão da protecção social atinge actualmente perto de 80% da população na maioria dos países da África subsahariana e do sul da Ásia e perto de metade da população de grande parte dos países da América Latina e do resto da Ásia. Na Europa de Leste, apesar das condições variarem segundo os países, a exclusão é também muito importante. Estes dados devem ser considerados com precaução mas eles indicam um fenómeno de uma grande amplitude. A exclusão e a protecção social chegam mesmo a ser crescentes em muitos países sob o efeito combinado do crescimento do sector informal e do aumento do emprego precário no sector formal.

Os factores de exclusão são variados: tipo do emprego, capacidade de contribuição, legislação, qualidade e volume da oferta de cuidados de saúde, repartição geográfica dos serviços, discriminação étnica ou sexual, tabus, etc. as pessoas excluídas são vítimas de vários factores como estes.

É no sector informal que o défice de protecção social é o mais elevado⁵, de forma mais global, sendo a qualidade do emprego mais fraca. Este sector muito raramente foi considerado para a concepção dos sistemas de segurança social, os quais, na maioria dos casos, foram dirigidos para os assalariados da economia formal. Há pouco mais de duas décadas, pensava-se que o sector informal iria desaparecer progressivamente e que, ao mesmo tempo, o conjunto dos trabalhadores e micro-empresários ao integrarem o sector formal beneficiariam dos sistemas de protecção social que lhe estão relacionados. A realidade é outra. A tendência analisada na maior parte dos países em desenvolvimento corresponde a um aumento da parte das actividades informais no emprego total. Ela condiciona cada país com a preocupação de melhorar a protecção social da sua população a fazer esforços

⁵ A título de exemplo, um inquérito do BIT no sector informal de Metro-Manila (1995) fez ressaltar que somente 15,5% das micro-empresas estão registadas pelo sistema de segurança social; 9,6% participam num sistema de segurança privado, 1% das quais com uma companhia de seguros comercial. As razões invocadas são sobretudo a fragilidade das actividades (36%), mas também o facto de que o registo não seja requerido (8,9%), que a cobertura exista através de um outro emprego (8,1%) ou que os trabalhadores não vejam nisso qualquer utilidade (88,3%).

suplementares para o desenvolvimento dos mecanismos que permitam chegar às pessoas que trabalham no sector informal, bem como em relação à sua família.

Certos países (entre os países com rendimentos intermediários), desenvolveram ao longo dos últimos anos reformas substanciais dos seus sistemas de protecção social que lhes permitiram fazer progressos importantes em termos de cobertura do sector informal. As condições que permitiram a realização destas reformas e os valores que os motivaram não são partilhados por todos os países. Com efeito, a experiência demonstra que a extensão da cobertura dos sistemas de segurança social existentes no sector informal é muito difícil. Não é fácil conciliar as características do sector informal (emprego precário e mobilidade, irregularidade e fraqueza dos rendimentos, etc.) com as dos sistemas de segurança social que, inicialmente, não foram concebidos por ele.

Em muitos países, foram tomadas iniciativas, para exceder o défice de protecção social, por outros intervenientes para além dos Estados: organizações de trabalhadores e de patrões, ONG, associações, comunidades, cooperativas, associações de micro-empresários.

Os sistemas criados com base nestas iniciativas têm características múltiplas⁶ e muitas vezes não são formalizados. Frequentemente, dirigem-se a pessoas com fracos recursos. É normal que sejam encontradas, por razões de equidade, as formas de redistribuição em benefício de sistemas que reagrupem as pessoas carenciadas (subvenções à oferta de serviços ou a seguros por exemplo). Esta redistribuição deverá permitir fazer jogar as solidariedades num quadro mais vasto em relação à oferta pelo grupo dos membros. Na ausência de mecanismos de redistribuição, estes sistemas deveriam ser considerados como formas de protecção transitórias.

A tendência revelada é a de que a protecção social será cada vez mais assegurada, num mesmo país, por vários sistemas operando de forma complementar. É provável que estes diferentes sistemas sejam o reflexo de iniciativas do Estado e dos parceiros sociais, mas também da sociedade civil e do sector privado comercial. Esta multiplicidade de sistemas requer uma boa coordenação dos esforços em matéria de política social e económica de forma a transmitir uma maior coerência e eficácia nos regimes em vigor e para aqueles que venham a ser criados. Esta coordenação é igualmente necessária para conceder de forma correcta os recursos disponíveis, manter o carácter estimulante das medidas preconizadas e reduzir as fraudes e os abusos. Exige um reforço das relações de cooperação entre as instituições públicas (finanças/saúde por exemplo) e os outros intervenientes implicados nos diferentes mecanismos bem como o da função reguladora do Estado.

Algumas iniciativas da sociedade civil

No Uganda, foram constituídos grupos de entreajuda mútua em matéria de saúde. Nestes grupos, o pagamento das contribuições regulares num fundo de saúde comum facilita o acesso aos cuidados médicos primários. No total, mais de 5 000 pessoas estão cobertas por este sistema.

Uma dezena de grupos de micro-empresários provenientes de diferentes ramos de actividade em Dar es-Salaam (República Unida da Tanzânia) — com um total de mais de 2 000 membros — melhoraram o seu acesso às estruturas de cuidados médicos (privados) ao estabelecerem com estas estruturas acordos específicos.

No Benin, em Cotonou, a União nacional dos condutores de moto-taxis criou uma mutualidade de saúde, a ALAFIA, que assegura o reembolso dos cuidados de saúde dos seus membros. Assinou um acordo com um centro de saúde da capital.

A Federação dos artesãos do Benin reagrupa a maioria das organizações profissionais sectoriais. No seu centro, as associações de cabeleireiras, de electrónicos, de costureiros e de soldadores, estudam a criação de um sistema de seguro de saúde. Foram criados comités de iniciativa para analisar a viabilidade do sistema e formular um plano de acção.

No Senegal, respectivamente em Thiès e em Dakar, a união das redes PROFEMU (Programa das mulheres em meios urbanos), levou à criação de uma GIE de poupança e de crédito, uma cooperativa de habitação, uma PME e uma mutualidade de saúde. Através desta acção, a união procura responder às necessidades socioeconómicas das suas 3 000 mulheres membros.

Na Guiné, a AGBEF (Associação para o bem-estar familiar), com o apoio do BIT/STEP criou uma mutualidade de saúde em Youkounkoun junto do centro de saúde regional. Para além do seguro de saúde que propõe, a mutualidade melhorou também a qualidade dos cuidados de saúde particularmente ao disponibilizar mais medicamentos.

III. O papel das associações profissionais na protecção da saúde

⁶ Os sistemas de micro-seguro entram nesta categoria.

3.1 A prevenção em termos de despesas de saúde

Os proprietários das micro-empresas, as suas famílias e os seus trabalhadores/aprendizes não estão livres de serem afectados por doenças ou acidentes, cuja ocorrência inesperada prejudica as previsões relativas ao momento e ao montante das despesas de saúde. Tanto os indivíduos como a empresa podem, por isso, sofrer consequências desastrosas:

A doença pode provocar uma incapacidade de trabalho momentânea ou prolongada, por vezes até definitiva, e, portanto, uma perda de rendimentos para a família;

As despesas com os cuidados médicos e com os medicamentos vêm somar-se a outras carências financeiras das famílias.

Em última análise, a doença constitui um risco cujas implicações ultrapassam as simples questões de saúde, uma vez que pode também implicar problemas financeiros graves. A doença está muitas vezes na origem de uma pobreza constante para o micro-empresário, principalmente porque:

- a cobertura das despesas de saúde recorrendo aos fundos da empresa coloca o risco de limitar a sua capacidade de produção (por exemplo, a compra de medicamentos em vez da compra de matérias-primas);
- no caso das despesas de montantes significativos, como, por exemplo, as decorrentes em caso de hospitalização, o empresário pode ser obrigado a vender uma parte das suas ferramentas de produção ou a contrair pesadas dívidas;
- ao beneficiar de um crédito para a sua empresa, o empresário irá sentir-se tentado a canalizar esses fundos para fins divergentes dos iniciais, o que poderá criar problemas a nível de amortização do empréstimo.

Este risco, ligado à doença, é denominado, em termos de seguros, de «risco de doença».

As famílias tentam responder a este problema de forma individual ou colectiva, podendo fazê-lo de duas formas:

- esperar o aparecimento da doença para então procurar os recursos necessários para o seu tratamento;

- tomar medidas para fazer face a este tipo de despesas antes do aparecimento da doença.

No primeiro caso, não se trata de uma protecção contra o risco, mas apenas de ultrapassar as suas implicações financeiras. A incerteza quanto à possibilidade de enfrentar os problemas continua, neste caso, a ser muito elevada. Uma família confrontada com um caso de doença e que não disponha de dinheiro para a prestação dos cuidados necessários, pode recorrer a diversas alternativas: venda de bens, procura dos serviços de um usurário, levantamento de fundos da empresa familiar, entreaajuda e solidariedade entre amigos, seja na sua família ou recorrendo à ajuda de uma associação.

No segundo caso, a antecipação das consequências financeiras da doença permite ultrapassá-las mais facilmente. Trata-se de uma medida de prevenção, que permite uma maior protecção contra o risco de doença.

3.2 Dois mecanismos de prevenção: o pré-pagamento e o seguro

Em todas as sociedades, a maior parte dos indivíduos sente aversão pelos riscos. É por isso que as mulheres e os homens desenvolveram, um pouco por toda a parte, mecanismos de prevenção com o objectivo de se protegerem dos riscos. Esses mecanismos foram sendo aperfeiçoados ao longo da História, nomeadamente com o desenvolvimento dos seguros, que constituem o mecanismo de protecção mais eficaz contra os riscos.

a) O pré-pagamento sem partilha dos riscos

O pré-pagamento sem partilha dos riscos, cujo exemplo mais comum é o cartão de aderente, engloba um conjunto de mecanismos simples que permitem a uma pessoa pagar cuidados de saúde futuros numa altura em que disponha de meios financeiros suficientes. Esta possibilidade pode ser vantajosa para as pessoas que possuem rendimentos irregulares e que, por isso, podem ver-se confrontadas com despesas de saúde numa altura em que não disponham de recursos financeiros. No entanto, em caso de doença, estas pessoas só poderão dispor de cuidados de saúde no montante por elas anteriormente pago. Estes fundos pagos por cada pessoa têm uma base individual, ou seja, não se destinam a um fundo comunitário a ser utilizado para fazer face a eventuais riscos..

Os sistemas de pré-pagamento, sem partilha dos riscos, são mais frequentemente propostos por prestadores de cuidados de saúde, para quem são relativamente vantajosos e simples de executar. Trata-se de mecanismos de protecção adaptados às despesas de saúde consideradas como certas, como, por exemplo, as consultas médicas, que são frequentes e que apresentam um custo relativamente baixo («pequenos riscos»). Para o empresário, o sistema de pré-pagamento permite um escalonamento das despesas de saúde ao longo de todo o ano.

A limitação da cobertura ao montante dos cuidados de saúde anteriormente pagos (por vezes acrescido de um pequeno juro), não permite fazer face aos grandes riscos, que implicam um esforço financeiro demasiado grande para ser suportado individualmente. Esta mesma limitação diminui a incidência do interesse nestes sistemas.

b) O seguro

O seguro é definido como um instrumento que permite a partilha dos riscos por várias pessoas. Os recursos dos segurados são utilizados como fundo comunitário e servem para cobrir apenas as despesas das pessoas afectadas pelo aparecimento de um risco. Em troca do pagamento das suas cotizações (ou prémios), os segurados obtêm da entidade seguradora a garantia desse reembolso financeiro. Os riscos cobertos encontram-se bem determinados. Os segurados renunciam à propriedade das cotizações pagas e não podem reclamá-las a menos que sejam vítimas desses riscos.

Por outras palavras, o seguro permite a participação das pessoas que não são atingidas pelo risco coberto (doenças, por exemplo) ao proporcionarem a cobertura das despesas das pessoas por ele afectadas. As pessoas aceitam estas condições porque têm a consciência de que também elas podem vir a estar expostas aos riscos cobertos pelo seguro, porque têm uma forte aversão a esses riscos e porque sabem que não poderiam enfrentá-los sozinhas.

O seguro está particularmente adaptado aos cuidados de saúde secundários e especializados, ligados a acontecimentos imprevisíveis, cuja probabilidade de ocorrência é baixa, mas cujo tratamento se revela muito dispendioso, ameaçando assim a empresa ou o bem-estar da família. Trata-se portanto de riscos que podem ser partilhados por um número significativo de indivíduos. A cotização ou prémio de seguro pago pelo segurado será assim baixo, tendo em conta as despesas que este teria de enfrentar caso não estivesse seguro aquando da ocorrência do risco.

Para além da vantagem do escalonamento das despesas ao longo do tempo (ver secção "Pré-pagamento"), o seguro, graças ao princípio da solidariedade, protege o empresário das grandes despesas ligadas aos problemas de saúde e aos acidentes de trabalho.

O seguro diverge das formas tradicionais de entreatajuda, financiadas por cotizações modestas e cujo montante é fixado de forma aleatória e sem que haja uma relação com as consequências financeiras dos riscos cobertos. O seguro apresenta-se sob diversas formas:

- o seguro de saúde obrigatório, instituído pelo Governo mas, em muitos países, pouco ou nada acessível às micro-empresas;
- os seguros comerciais com fins lucrativos, que muitas vezes instauram condições restritivas de adesão com o objectivo de evitar a sua contratação por pessoas que apresentem um elevado risco de doença. Mesmo que os micro-empresários possam contratar um seguro deste tipo, os prémios são muitas vezes demasiado elevados;
- os micro-seguros de saúde: este termo engloba uma grande diversidade de sistemas dirigidos a populações pobres não cobertas pelos sistemas de seguros de saúde obrigatórios e que não têm acesso aos seguros comerciais habituais. Nesta categoria incluem-se os seguros propostos pelos prestadores de cuidados de saúde e outras formas de seguros sem fins lucrativos, assim como as mutualidades de saúde.
-

3.3 As associações profissionais vocacionadas para a satisfação das necessidades dos seus membros

A necessidade de encontrar sistemas de prevenção em matéria de saúde que respondam às necessidades e capacidades específicas dos micro-empresários está cada vez mais patente nos diversos estudos e inquéritos realizados junto deste grupo. As mulheres micro-empresárias, que representam a maioria deste sector de actividade, interessam-se muito por estes sistemas, que lhes permitem cobrir os cuidados de saúde para si e para os seus filhos. As associações profissionais, que tentam responder às diversas necessidades dos seus membros, são cada vez mais chamadas a desempenhar um papel importante neste domínio.

Pelas suas características, as associações profissionais são a opção ideal para a execução de sistemas de micro-seguros.:

possuem líderes e responsáveis dinâmicos;

têm a confiança dos seus membros;

têm experiência no campo da gestão administrativa e da contabilidade das operações financeiras (por ex.: contribuições, pequenos créditos);

desenvolveram contactos com as autoridades locais e nacionais;

têm contacto com algumas agências de financiamento ou com o Governo, com o objectivo de angariar fundos para as actividades de desenvolvimento;

os encontros regulares entre os seus membros criam um sentimento de pertença a um movimento social; daqui resulta um controlo social capaz de limitar, e até erradicar, os eventuais abusos e fraudes.

O contacto directo e regular com os membros permite à associação profissional desenvolver um sistema de micro-seguros de saúde que tem em consideração as necessidades dos membros. O controlo social e os custos de transacções menos elevados irão permitir o desenvolvimento de um sistema eficaz com o mínimo de abusos possível.

SEWA – Índia

A organização «Self-Employed Women’s Association» (SEWA - 1972)^(*) é um sindicato de mulheres do sector informal. Nos primeiros tempos da organização, as suas actividades centraram-se no domínio do emprego e do apoio às actividades geradoras de rendimentos. A organização criou creches e organizou actividades de formação profissional. Desde 1974, o SEWA-Bank tem vindo a proporcionar micro-seguros às mulheres.

Há cerca de 10 anos, a SEWA criou um sistema de protecção para os seus membros. Os membros da SEWA solicitavam um apoio que lhes proporcionasse uma cobertura contra algumas eventualidades (morte, perda de bens de produção, etc.) que poderiam lançá-los para uma situação de pobreza. Além disso, o SEWA-Bank constatou que, entre as causas de incumprimento no pagamento dos empréstimos, eram muito frequentes os problemas de saúde da empresária ou de um membro da sua família.

O sistema de protecção social da SEWA inclui um seguro de saúde, um seguro de vida e um seguro contra a perda do lar ou de um bem de produção fundamental. Actualmente, o sistema cobre cerca de 30 000 membros.

Uma associação profissional que queira intervir no domínio da saúde tem várias possibilidades:

Função «intermediação ou negociação»:

- a associação profissional pode lançar negociações com os prestadores de serviços para conseguir um acesso prioritário dos seus membros aos cuidados de saúde, beneficiando simultaneamente de condições vantajosas. A associação pode ainda actuar como intermediária junto das companhias de seguros locais.

Função «oferta de serviços»:

- a associação pode constituir e gerir um centro de compra de medicamentos ou um centro de serviços médicos.

Função «segurança»:

- a associação pode, em colaboração com os prestadores de serviços, lançar um sistema de pré-pagamento para os serviços de saúde regulares. Os micro-empresários que adiram ao sistema deixam de pagar os cuidados de saúde, mas assinam um recibo que permite ao prestador de serviços obter o pagamento junto da associação profissional que gere as contribuições financeiras;
- se o ou os prestadores de serviços tiverem desenvolvido o seu próprio sistema de pré-pagamento, a associação pode negociar condições de pagamento mais vantajosas para os seus membros.

Função «seguro»:

- a associação pode instituir o seu próprio sistema de seguros e colocá-lo ao serviço dos seus membros;
- pode colaborar com outras associações profissionais para criarem em conjunto uma mutualidade de saúde destinada a todos os membros.

Função «prevenção de doenças e de acidentes de trabalho»:

- a associação pode organizar sessões de esclarecimento e de formação para as micro-empresas sob o tema: “melhoria das condições de trabalho”;
- pode desenvolver um sistema de incentivos para os empresários activos neste domínio, como, por exemplo, uma redução do prémio para os trabalhadores aprendizes.

As iniciativas lançadas pelas associações profissionais no domínio dos seguros de saúde são ainda pouco numerosas e relativamente novas. Estas iniciativas caracterizam-se por uma participação participativa e inovadora cujo objectivo é estabelecer um sistema de seguros de saúde que responda da melhor forma às necessidades deste tipo de empresa, ao mesmo tempo que oferece as melhores perspectivas em termos de viabilidade e duração.

3.4 A definição de uma mutualidade de saúde

Uma mutualidade de saúde é uma associação voluntária de pessoas, com fins não lucrativos, cuja base de funcionamento é a solidariedade de todos os seus membros. Através das contribuições dos seus membros, e com base nas suas decisões, a mutualidade organiza acções de segurança, de entreatajuda e de solidariedade com vista a garantir a prevenção dos riscos ligados à doença, assim como o reembolso das suas consequências e a promoção da saúde.

^(*) “Associação de Mulheres Empresárias”

Uma mutualidade de saúde combina os dois princípios fundamentais do seguro e da solidariedade. Através desta solidariedade, os membros de uma mutualidade de saúde exprimem a sua vontade de se encarregarem eles mesmos dos seus problemas, através da ajuda mútua. A contribuição concretiza o princípio da entreaajuda e da solidariedade no seio da mutualidade: cada membro que se encontre de boa saúde aceita que a sua contribuição seja utilizada para cobrir as despesas dos outros membros, afectados por uma doença. Trata-se de uma partilha dos riscos entre os membros micro-empresários; desta forma, um indivíduo não pode beneficiar das prestações da sua mutualidade de saúde se não tiver as suas contribuições em dia.

IV. Os serviços fornecidos pelas mutualidades de saúde

4.1 Os princípios de base de uma mutualidade de saúde

Os princípios de base de uma mutualidade de saúde assemelham-se aos princípios de muitas organizações criadas com o objectivo de resolver problemas comuns de um grupo de pessoas que moram no mesmo bairro, que exercem a mesma profissão, etc.

a) Solidariedade entre os membros

O princípio de solidariedade é realmente a base da mutualidade, que recusa as discriminações financeiras e a selecção dos riscos. Numa mutualidade de saúde, as modalidades de fixação das contribuições — contribuição igual para todos ou em proporção dos recursos financeiros dos membros (por exemplo, em função do seu salário) — não dependem do risco em que o membro incorre.

Além disso, a solidariedade é um conceito dinâmico: a sua implementação, os meios e os mecanismos para a realizar devem evoluir juntamente com a sociedade na qual a mutualidade se desenvolve. A solidariedade reflecte-se no plano financeiro e através de um compromisso voluntário, em favor dos mais desfavorecidos, dos incapacitados, dos idosos, etc.

b) Funcionamento democrático e participativo

A mutualidade, como a maior parte das associações profissionais, é fruto da liberdade de associação; todos são livres de aderir a uma mutualidade sem discriminação de raça, de etnia, de sexo, de religião, de classe social ou política. Todos os membros têm os mesmos direitos e as mesmas obrigações. Os membros têm, entre outros, o direito de participar, directa ou indirectamente, nas diferentes instâncias de decisão.

Esta democracia participativa exprime-se através das suas estruturas, que garantem aos membros a participação nas decisões e a possibilidade de controlar o funcionamento da organização mutualista.

c) Autonomia e liberdade

Uma mutualidade é uma organização livre que, conseqüentemente, deve poder tomar decisões sem requerer o aval das autoridades públicas. Esta flexibilidade de acção permite adaptar os serviços proporcionados às necessidades, em constante mutação. É este direito à iniciativa que permite a criatividade na definição dos objectivos e a eficácia na utilização dos meios. Este direito não pode ser exercido sem a responsabilização dos membros da mutualidade.

A independência e a autonomia significam que não deve existir ingerência na gestão de uma mutualidade e no processo interno de tomada de decisões. No entanto, a mutualidade deve obedecer às leis e regulamentos como os que regem o registo, a contabilidade, a auditoria, o controlo, etc. Em alguns países africanos, existe já um código da mutualidade. É o caso do que acontece no Mali, por exemplo, desde finais de 1995. Noutros países, as mutualidades estão registadas como associações, ou ainda como grupos de cooperação, por falta de uma legislação específica. Para combater este vazio legislativo, estão já em preparação projectos de lei em diversos países.

Uma mutualidade não deve ser autónoma apenas em relação ao Estado, mas também em relação a partidos políticos ou a grupos de pressão.

d) Desenvolvimento pessoal

O respeito pela dignidade humana em todas as suas dimensões é outro dos princípios de base das mutualidades. Reconhecendo a originalidade individual, a procura do desenvolvimento pessoal deve conduzir a uma maior autonomia e responsabilização em relação à própria pessoa e aos outros.

e) Fim não lucrativo

Enquanto que as associações profissionais desenvolvem muitas vezes actividades económicas a favor dos seus membros e visando o seu autofinanciamento, uma organização mutualista não pode ter um fim lucrativo. Qualquer procura de obtenção de lucro é incompatível com a sua natureza e com a sua vocação de consagrar a sua acção ao serviço dos seus membros. No entanto, isto não significa que a cobertura dos custos de funcionamento não seja totalmente imperativa. As considerações económicas e os princípios de boa gestão não podem ser ignorados, pois contribuem para a obtenção do bem-estar colectivo.

Um valor superior das receitas em relação às despesas, depois da constituição de uma reserva razoável, permite melhorar os serviços existentes, responder a outras necessidades dos membros ou, eventualmente, reduzir o montante das contribuições. Estes excedentes não devem ser distribuídos aos membros sob a forma de dividendos ou de mais-valias.

f) Responsabilidade

A solidariedade, a democracia participativa e até mesmo o desenvolvimento pessoal implicam sempre que a mutualidade e os seus membros tenham um comportamento responsável. Por fim, todos os outros princípios da mutualidade não terão qualquer valor caso a gestão de uma organização mutualista não seja rigorosa ou caso os membros não se comportem de forma responsável em relação à sua saúde e à dos outros na utilização dos recursos da mutualidade ou nas decisões por eles tomadas.

g) Dinâmica de um movimento social

Por tudo o que foi dito, percebe-se que os membros das mutualidades não são «consumidores» passivos, mas sim pessoas envolvidas num processo de desenvolvimento individual e colectivo. Estas pessoas são membros de um movimento social, ou seja, de um grupo de pessoas que têm como objectivo a defesa do bem-estar comum e dos interesses colectivos.

Uma mutualidade de saúde baseia-se na dinâmica local de entreajuda, de solidariedade e de desenvolvimento. É por isso que as mutualidades de saúde podem apresentar uma diversidade significativa em termos de organização e de funcionamento. No entanto, todas estas associações se debruçam sobre um mesmo objectivo, podendo ainda associar-se, no seio de uma região, de um país, etc., com o fim de reforçar a defesa dos interesses dos seus membros.

As mutualidades de saúde poderiam assim desempenhar um papel importante em termos de co-gestão das estruturas públicas de saúde, no quadro da iniciativa de Bamako⁷, e em termos da definição da política de saúde local e nacional.

Finalmente, uma mutualidade pode fazer parte de um conjunto mais vasto, do qual um sindicato, um movimento feminino, um movimento de jovens ou de idosos, por exemplo, seriam os outros intervenientes. A mutualidade tem interesse em colaborar com outras organizações, de forma a alcançar os seus objectivos.

4.2 Natureza dos serviços proporcionados por uma mutualidade de saúde

A função de uma mutualidade de saúde é fornecer um determinado número de serviços de segurança, de entreajuda e de solidariedade aos seus membros micro-empresários. É do interesse que os membros atribuam a esses serviços que irá depender, em grande parte, o sucesso ou o fracasso da mutualidade de saúde. Nesse sentido, a adesão de novos membros ou, pelo contrário, a sua saída será um indicador significativo do funcionamento da mutualidade.

Uma mutualidade que está a iniciar a sua actividade deve oferecer, inicialmente, um número limitado de serviços. À medida que for adquirindo mais experiência, e depois de implantar um sistema de gestão sólido, a associação poderá eventualmente aumentar o número de serviços que coloca à disposição dos seus membros. Cada novo serviço proposto por uma mutualidade de saúde pressupõe uma vantagem suplementar para os seus membros, mas também um aumento das respectivas contribuições. Num meio de micro-empresas, onde os

⁷ Este acordo internacional indica, também, que os utilizadores dos centros de saúde pagam uma contribuição financeira para os respectivos cuidados.

rendimentos são poucos e/ou irregulares, uma mutualidade de saúde deve certificar-se de que institui contribuições adaptadas, a longo prazo, à capacidade contributiva dos seus membros.

No caso das mutualidades fundadas por associações profissionais, a formação e a informação dos seus membros relativamente à melhoria das condições de trabalho e à prevenção de acidentes constituem uma tarefa importante. A sensibilização das micro-empresas relativamente ao custo «invisível» das doenças (diminuição da produtividade, perda da capacidade produtiva) deveria também fazer parte do programa de actividades dessas mutualidades.

Exemplos de serviços que uma mutualidade de saúde pode oferecer

Seguros e intervenção financeira em termos de riscos sociais

Reembolso das despesas de saúde
Pagamento de indemnizações /invalidez
Pagamento de prémios

Defesa dos interesses dos membros

Negociação sobre a política de saúde
Negociação das convenções de pagamento com os prestadores de cuidados de saúde
Defesa dos direitos individuais dos membros

Educação para a saúde e informação dos membros

Campanhas de prevenção
Informação sobre saúde e cuidados de saúde
Informação sobre os direitos e obrigações dos membros

Serviço de entreaajuda e de solidariedade

Ajudas aos jovens, idosos, doentes, diminuídos físicos
Ajudas às famílias
Empréstimos de material médico
Cuidados a crianças doentes

Organização dos cuidados de saúde

Cuidados domiciliários
Centros de saúde
Policlínicas
Dentistas
Hospitais
Farmácias cooperativas

4.3 Tipos de cuidados que uma mutualidade de saúde pode cobrir

Uma mutualidade para micro-empresas deve procurar uma fórmula que tenha em conta as necessidades específicas dos micro-empresários, por exemplo, a cobertura dos acidentes de trabalho. Esta fórmula pode constituir o único sistema de cobertura de despesas de saúde dos seus beneficiários ou completar a cobertura proporcionada por outros mecanismos. A cobertura pode ser feita para uma ou várias categorias de cuidados.

a) Os cuidados primários de saúde ou «pequenos riscos»

Os cuidados primários de saúde são os cuidados correntes dispensados normalmente nos centros de saúde, que constituem o primeiro ponto de contacto da população com os sistemas de saúde. Entre estes cuidados de saúde temos:

Os cuidados preventivos e a educação para a saúde: vacinações, cuidados prestados aos bebés, planeamento familiar, etc.;

Os cuidados curativos: consultas, serviços de enfermagem, assistência a acamados.

b) Os cuidados hospitalares

Estes cuidados incluem tanto o internamento hospitalar, como os serviços médicos, cirúrgicos, técnicos e os medicamentos administrados. Dado o elevado custo inerente à hospitalização, estes cuidados são normalmente incluídos nos «riscos elevados».

c) Os cuidados especializados

Os cuidados especializados incluem as consultas de médicos especialistas (ginecologista, pediatra, cirurgião, dentista, etc.), bem como os actos médicos técnicos, como, por exemplo, a radiologia e a biologia clínica, realizados aquando da hospitalização ou durante uma consulta externa (visita do doente).

d) Os medicamentos

No que diz respeito aos medicamentos, importa determinar a lista dos que irão ser reembolsados pela mutualidade. Dada a diferença de preço entre os medicamentos de marca registada (especialidades) e os medicamentos essenciais e genéricos, é aconselhável proceder apenas ao reembolso destes últimos quando estiverem disponíveis ou aos medicamentos de especialidades correspondentes com base no preço dos genéricos.

e) Outros

Muitas mutualidades cobrem igualmente outras despesas como, por exemplo, os custos de transporte de doentes. Uma mutualidade de uma associação profissional poderá eventualmente considerar o pagamento de um rendimento de base para compensar a perda de rendimentos sofrida pelo chefe de família hospitalizado, embora este tipo de serviço requeira uma contribuição significativa por parte dos segurados.

4.4 A cobertura parcial das despesas de saúde

Uma mutualidade pode responsabilizar-se, integral ou parcialmente, pelo pagamento das despesas que os seus membros têm de enfrentar. Os principais mecanismos utilizados para reembolsar os membros com uma parte das despesas de saúde são os seguintes.

a) O co-pagamento

O co-pagamento representa a parte das despesas de saúde que não está coberta pela mutualidade e que, portanto, deverá ser paga pelo associado. Este valor é expresso em termos de percentagem. Denomina-se co-pagamento porque permite salientar o valor dos cuidados de saúde e limitar a tendência para o sobreconsumo.

Exemplo: a mutualidade responsabiliza-se pelo pagamento de 80% do custo da consulta; o co-pagamento é, portanto, de 20%. No caso de uma despesa de 2 000 francos CFA (cerca de 620\$00), a mutualidade irá reembolsar 80% desse valor, ou seja, 1 600 francos CFA (cerca de 496\$00). O associado deverá portanto pagar 400 francos CFA (cerca de 124\$00).

b) O contrato de franquia

Quando uma mutualidade cobre apenas os montantes superiores a uma soma previamente fixada, essa soma tem o nome de franquia. Normalmente, a franquia é fixada em relação aos serviços abrangidos pela cobertura.

Exemplo: a mutualidade fixou a franquia para os internamentos em 5 000 francos CFA (cerca de 1550\$00) por dia. Um membro com uma despesa de 12 000 francos CFA (cerca de 3720\$00) irá receber 7 000 francos CFA (cerca de 2170\$00). Se a despesa tivesse sido de 4 000 francos CFA (cerca de 1240\$00), não teria sido paga pela mutualidade.

c) O limite de indemnização

A mutualidade pode limitar as suas indemnizações a um montante máximo para um acontecimento específico. O pagamento da parte das despesas que ultrapasse esse montante é da responsabilidade do associado. O limite de indemnização permite a restrição das despesas da mutualidade e a sua salvaguarda em casos de despesas excessivamente elevadas, que poderiam provocar a falência da organização.

Exemplo: a mutualidade fixou o limite de indemnização em termos de internamento em 30 000 francos CFA (cerca de 9300\$00). Se um dos seus membros tiver uma despesa de 40 000 francos CFA (cerca de 12400\$00), só receberá uma indemnização no valor de 30 000, sendo o pagamento dos restantes 10 000 francos CFA (cerca de 3 100\$00) da sua inteira responsabilidade.

4.5 As formas de concessão aos membros

Geralmente, o custo dos serviços de saúde é dividido entre o doente e a mutualidade. Estabelece-se portanto uma relação tripartida entre o associado, a mutualidade e o prestador de serviços. Os principais métodos de concessão são os seguintes:

a) O pagamento dos cuidados de saúde pelo associado

A mutualidade pode exigir aos seus membros o pagamento das despesas inerentes aos serviços prestados, pagamento esse que será posteriormente reembolsado. Neste caso, o associado paga, conforme as modalidades adoptadas pelo prestador de cuidados de saúde (pagamento por tratamento, por doença ou por consulta) e de acordo com as tarifas acordadas com a mutualidade.

Para o micro-empresário, os inconvenientes desta forma de pagamento são: por um lado, a obrigação de dispor da totalidade da soma necessária para o pagamento dos cuidados de saúde e, por outro, a necessidade de tomar medidas suplementares para ser reembolsado.

Para a mutualidade de saúde, a vantagem deste sistema é o facto de este limitar o sobreconsumo, a tendência para os abusos e a facturação fraudulenta. O inconveniente é o aumento do trabalho administrativo e dos respectivos custos.

b) O pagamento directo pela mutualidade

Na maior parte dos casos, o aderente paga apenas a parte que lhe respeita ao prestador de cuidados de saúde. A mutualidade paga directamente a este último, mediante a apresentação de uma factura. Este sistema é denominado «pagamento por terceiros», pois não é o associado que paga, mas sim a mutualidade, considerada como terceiro. Este sistema é muitas vezes utilizado no caso dos «grandes riscos», que implicam despesas significativas e que o associado não pode suportar (hospitalização, cirurgia, etc.).

O sistema do pagamento por terceiros é obviamente o mais vantajoso para o micro-empresário: os problemas de disponibilidade financeira, de medidas a tomar ou de atrasos significativos no pagamento das indemnizações não se colocam neste caso. O empresário não necessita portanto de ter fundos disponíveis para as grandes despesas e pode continuar a sua actividade.

O sistema pode ter menos custos administrativos (reagrupamento dos pagamentos por prestador de saúde, e não por doente), mas o controlo da realidade dos cuidados prestados é mais difícil. Além disso, os riscos de sobreconsumo e de aumento dos custos são mais elevados.

V. A organização e o funcionamento das mutualidades de saúde

5.1 A organização de uma mutualidade de saúde

A mutualidade de saúde é o resultado da liberdade de associação e de adesão. Todos os membros têm os mesmos direitos e os mesmos deveres. Têm, entre outros, o direito de participar, directa ou indirectamente, nas diferentes instâncias de decisão. Esta vertente democrática da mutualidade só pode ser possível caso os seus membros exerçam os seus direitos e assumam as suas responsabilidades nas diferentes instâncias, tendo plena consciência do que está envolvido. A mutualidade deve portanto certificar-se de que proporciona uma formação adequada, bem como informações fiáveis, completas e compreensíveis por todos.

a) A organização interna de uma mutualidade de saúde

O organigrama clássico de uma mutualidade de saúde engloba os seguintes órgãos:

- uma assembleia geral (AG);
- um conselho de administração (CA);
- um comité executivo (CE);
- um comité de supervisão (CS).

No entanto, cada mutualidade deve certificar-se de que adopta este organigrama em função das suas especificidades:

uma mutualidade de pequenas dimensões pode, por exemplo, agrupar o CA e o CE num único órgão;

numa mutualidade de grandes dimensões, estabelecem-se mecanismos de representação dos diferentes grupos (geográficos, profissionais, etc.) de forma a permitir a participação dos membros sem que esta se torne demasiado dispendiosa ou prejudicial à actividade.

A assembleia geral

A AG é o órgão de decisão mais importante da mutualidade. É a AG que determina a política geral a seguir. As suas decisões envolvem todos os membros e todos os órgãos. A AG deve ser convocada pelo menos uma vez por ano, com o objectivo de aprovar as contas anuais e o orçamento.

No que diz respeito a eventuais alterações nas contribuições, a AG pode delegar as suas competências, por um período definido, ao CA. Isto permite tomar rapidamente decisões caso a situação financeira assim o exija (alteração do preço dos medicamentos, inflação, etc.).

O conselho de administração

O CA é o órgão encarregado da gestão da mutualidade. É o CA quem exerce todas as responsabilidades que não são, por Lei ou pelos estatutos, explicitamente confiadas à AG ou ao CS. Especificamente, o CA deve acompanhar de forma permanente a gestão da mutualidade e fazer face aos problemas que eventualmente a venham a atingir. O CA pode delegar uma parte das suas competências ao presidente ou a um ou vários administradores. O CA propõe à AG as decisões de admissão e de exclusão dos membros. Uma vez adoptadas, essas propostas serão aplicadas pelo CA.

O CA é composto inteiramente por voluntários, que aceitam colocar as suas competências e uma parte do seu tempo ao serviço dos outros.

No que diz respeito ao funcionamento diário e à execução concreta das suas próprias decisões e das decisões da AG, o CA pode delegar algumas competências ao CE.

O comité executivo

O CE, escolhido pela CA, é responsável pela execução das decisões da AG e do CA.

Consoante a dimensão e a organização da mutualidade, podem ocorrer duas situações:

- primeiro, o CE pode ser designado no seio do CA. Neste caso, trata-se de um CA restrito, que permite uma rapidez de funcionamento e de decisões. A sua composição deverá incluir pelo menos o presidente, o secretário-geral e o tesoureiro;
- segundo, o CE pode ser composto por pessoal assalariado, a quem o CA confia a gestão diária da mutualidade. Um dos seus membros, o director ou o gerente, irá participar nos CA para prestar contas da sua gestão. Normalmente, essa pessoa irá participar a título consultivo, e não participando nas votações.

O comité de supervisão

O CS, eleito e mandatado pela AG, tem como missão controlar a execução das decisões por esta tomadas, propor melhoramentos e garantir um funcionamento eficiente dos outros órgãos da mutualidade para além da AG.

b) A estruturação das mutualidades de saúde

A estruturação da mutualidade irá reflectir a estruturação da associação profissional que a criou. Consoante a sua dimensão e a sua zona de actividade, uma mutualidade pode estar estruturada em diversos níveis (ou escalões). Se a associação profissional estiver dividida por distritos, é de todo o interesse organizar da mesma forma a representação dos membros na mutualidade.

Uma mutualidade situada numa aldeia ou num distrito terá a sua assembleia, na qual todos os membros poderão participar para tomarem efectivamente parte na vida da associação mutualista. Essa assembleia, devido à proximidade geográfica da residência dos membros, poderá reunir-se com maior regularidade para acompanhar o desenvolvimento da mutualidade.

Se a organização mutualista se estender ao longo de todo um distrito, ou de parte dele, onde existam diversas vilas, aldeias ou bairros, a mutualidade poderá ser estruturada em secções locais, que representam diferentes entidades, dependendo do caso: distritos, aldeias, colinas, bairros, etc. Cada uma dessas secções deverá estar representada nos órgãos superiores da mutualidade, para que possam tomar parte nas decisões importantes.

No que respeita à colaboração entre diferentes associações profissionais para a criação de uma única mutualidade, é preciso salientar que uma entidade de grandes dimensões (medida pelo número de membros) apresenta vantagens para a mutualidade: divisão dos riscos por um maior número de pessoas, economias de

escala ao nível administrativo, etc. No entanto, também pode comportar riscos para o funcionamento democrático interno caso os membros das secções locais sejam excluídos das instâncias de decisão.

Uma mutualidade pode manter ligações com outras mutualidades no âmbito de uma união regional para a prestação de serviços de apoio e aconselhamento e para a criação de um fundo de garantia comum. A mutualidade pode ainda pertencer a uma confederação de mutualidades de diversos países.

5.2 A adesão a uma mutualidade de saúde

a) O aderente / o titular

No âmbito da prevenção, todos os aderentes estão ligados à sua mutualidade por uma relação contratual. A cobertura dos riscos de saúde constitui o principal direito do associado, garantido pela mutualidade. No entanto, para beneficiar desta cobertura, o associado tem de cumprir as suas obrigações para com a mutualidade:

- compromete-se a respeitar os princípios de base da mutualidade, assim como as suas normas de funcionamento, definidas nos estatutos e no regulamento interno;
- paga o direito de adesão ou o cartão de aderente;
- paga regularmente a sua contribuição de acordo com a periodicidade definida pela mutualidade (diária, semanal, anual, etc.), mesmo que não tenha ainda beneficiado dos serviços desta última.

Em princípio, qualquer pessoa que tenha a idade mínima requerida, determinada de acordo com os hábitos e as condições do país ou da região, sem qualquer discriminação de estado de saúde, sexo, raça, etnia, religião ou inclinação filosófica ou política pode aderir a uma mutualidade de saúde. No caso das mutualidades das micro-empresas, os membros devem respeitar os critérios estabelecidos pelas associações profissionais.

b) Os beneficiários

O aderente micro-empresário pode abrir o direito ao usufruto dos serviços da mutualidade de saúde a um determinado número de pessoas que dependem directamente de si, denominadas por «beneficiários». São elas:

- o cônjuge⁸;
- os filhos, até certa idade (se as crianças seguirem os estudos, esse limite de idade pode ser aumentado);
- os órfãos oficialmente acolhidos (crianças sob sua tutela);
- os trabalhadores e aprendizes.

Geralmente, os membros da família não são considerados beneficiários, a menos que dependam de facto, financeiramente, do titular. A partir do momento em que o cônjuge ou um dos filhos comecem a trabalhar de forma independente ou se tornem assalariados, usufruindo assim de um rendimento, deixam de ser beneficiários e deverão inscrever-se como titulares.

A responsabilidade que o empresário assume em relação aos seus empregados e aprendizes depende muito do contexto cultural no qual trabalha e da disponibilidade de mão-de-obra qualificada. No que respeita às despesas de saúde, em muitos casos, o empresário participa na cobertura dos grandes riscos e dos acidentes de trabalho, enquanto que as despesas regulares («pequenos riscos») são pagas pelo trabalhador.

Quase diariamente também se coloca o difícil problema dos ascendentes. A sua filiação, como fazendo parte da família do titular, deve ser examinada com cuidado, pois trata-se de pessoas idosas, cujas necessidades de saúde são normalmente mais elevadas do que as da população média. O mais comum é que estas pessoas sejam consideradas como uma família à parte, devendo portanto pagar uma contribuição independente.

Em qualquer dos casos, as modalidades de reembolso devem ser discutidas tendo em conta os contextos locais. É preciso analisar cuidadosamente a incidência de todas as opções sobre a viabilidade da mutualidade de saúde. Os abusos deverão ser travados pelo controlo social exercido pelos membros, que, no contexto das associações profissionais, muitas vezes se conhecem bem. No entanto, esse controlo é menor quando a dimensão da mutualidade é maior.

Na medida do possível, as relações familiares que determinam a condição de pessoas a cargo deverão ser atestadas por documentos oficiais.

Os beneficiários dos serviços de uma mutualidade de saúde

Mutualidade de Founké

A Mutualidade de Founké beneficia, para além do titular: o seu ou a sua (os seus) cônjuge(s); todos os seus filhos e aqueles que estejam oficialmente sob a sua tutela; o seu pai e a sua mãe. No entanto, em cada consulta,

⁸ Em caso de poligamia, considera-se, na maior parte das vezes, que existem tantas famílias como esposas. Para cada esposa há, assim, lugar ao pagamento de contribuições, tal como para um titular com pessoas a cargo.

cada uma dessas pessoas paga uma taxa moderadora de 300 francos CFA (cerca de 93\$00), com exceção das crianças com menos de 10 anos.

Mutualidade de Niédougou

Na Mutualidade de Niédougou, os beneficiários são os descendentes do titular e do seu (seus) cônjuge(s). O pagamento é composto por partes que correspondem: ao membro titular; ao seu (seus) cônjuge(s); a cada filho, até ao número máximo de três (os outros beneficiam gratuitamente do serviço).

Mutualidade de Bellange

A adesão é feita por família: uma única pessoa paga a cotização referente a toda a família.

A Mutualidade de Bellange estende os seus serviços, para além do beneficiário: ao seu cônjuge; a todos os filhos que frequentem a escola até ao nível superior; ao pai e à mãe do titular; ao pai e à mãe do cônjuge.

c) As categorias de pessoas cuja adesão coloca dificuldades

Em princípio, a adesão não é condicionada pelo estado de saúde das pessoas. No entanto, a adesão de algumas pessoas pode colocar problemas financeiros à mutualidade. Trata-se de «casos difíceis», que aumentam as despesas ligadas aos serviços prestados aos beneficiários: as pessoas idosas e os doentes crónicos (diabéticos, pessoas que sofram de hipertensão, doentes cardíacos, portadores do vírus da sida, etc.).

A prestação de serviços a pessoas idosas

Uma questão muito delicada é a questão relacionada com a eventual fixação de um limite de idade para uma primeira adesão à mutualidade. Em virtude do princípio de solidariedade, a adesão nunca deveria ser feita em função da idade nem do estado de saúde do associado. No entanto, acontece que algumas mutualidades exigem um pagamento mais elevado aos seus membros que tenham já ultrapassado uma certa idade e que queiram fazer a sua adesão pela primeira vez. Essas mutualidades consideram que essa prática se justifica pelo facto de a pessoa não ter dado provas da sua solidariedade aderindo mais cedo, quando a sua saúde era melhor (e, portanto, quando tinha menos necessidade de recorrer à mutualidade).

A prestação de serviços aos doentes crónicos

As doenças que requeiram mais meses, e até anos de tratamento (como é o caso da lepra ou da tuberculose) ou as doenças que exijam tratamentos repetitivos, longos e caros (drepanocitose, diabetes, sida, etc.) constituem um maior risco para os membros de uma mutualidade e para as pessoas a seu cargo.

Em alguns países, os cuidados relativos às doenças como a tuberculose, a lepra ou a sida são da responsabilidade de programas estatais especiais ou de investidores externos (organizações internacionais), não colocando portanto grandes problemas para as mutualidades de saúde.

No caso dos países onde não existe nenhuma entidade que se encarregue dessas doenças, a mutualidade pode intervir dentro das suas possibilidades. Dados os custos muito altos destas doenças crónicas ou incuráveis, a mutualidade deverá encontrar um ponto de equilíbrio entre a sua vontade de ajudar os seus associados mais necessitados e o imperativo de viabilidade financeira, de forma a garantir a sobrevivência da organização.

Podem ser consideradas diversas formas de prestação de serviços:

- pagamento apenas dos medicamentos;
- intervenção gradual do beneficiário (mensal ou anualmente);
- pagamento dos internamentos apenas na fase aguda da doença;
- pagamento anual fixo de acordo com o tipo de doença;
- criação de fundos de intervenção distintos do fundo principal (exemplo: fundos de solidariedade para a sida) em que as intervenções são limitadas aos montantes disponíveis.

d) As modalidades de adesão a uma mutualidade de saúde

A adesão de uma nova pessoa a uma mutualidade de saúde faz-se normalmente em várias etapas:

1. Pedido de adesão

Um pedido de adesão deve ser apresentado por escrito, normalmente após o preenchimento de um formulário que contenha as informações principais acerca do titular e das pessoas a seu cargo. Nesse pedido, o novo membro compromete-se a respeitar os estatutos e o regulamento interno da mutualidade.

2. *Pagamento do direito de adesão e da contribuição*

Quando o pedido de adesão for aceite, o aderente paga um direito de adesão e a contribuição relativa ao período correspondente. O direito de adesão pode eventualmente ser substituído pela venda do cartão de adesão.

3. *Inscrição no registo dos aderentes*

O novo titular é inscrito no registo dos aderentes e recebe o seu cartão, onde está indicado o período a partir do qual tem direito aos serviços.

4. *Informação do aderente dos estatutos e do regulamento interno*

A inscrição é um momento privilegiado para a informação acerca das regras da organização e do funcionamento da mutualidade e acerca dos direitos e das obrigações dos membros. Algumas mutualidades distribuem aos seus membros um exemplar, possivelmente resumido, dos estatutos e do regulamento interno.

5. *Período de observação*

O novo membro deverá respeitar o período de observação instituído pela mutualidade antes de poder beneficiar dos seus serviços. O período de observação corresponde a uma fase durante a qual o novo membro paga as suas contribuições, não tendo no entanto o direito de usufruir dos serviços da mutualidade.

O objectivo deste período é evitar que as pessoas apenas apresentem a sua adesão quando estão doentes, permitindo assim à mutualidade a constituição de reservas financeiras para garantir o pagamento das despesas dos cuidados de saúde dos seus membros.

5.3 Os maiores riscos ligados ao seguro de saúde

Os maiores riscos a que se expõe a mutualidade preocupada em propor os seus serviços ao conjunto da população, sem discriminação, e para os quais convém tomar algumas medidas preventivas, são descritos em seguida:

a) O risco da selecção adversa

Existe selecção adversa, quando as pessoas correm um risco mais elevado que a média ao aderirem a um sistema de segurança numa proporção superior à que eles representam na totalidade da população. Esta situação pode comprometer a viabilidade financeira do sistema devido ao nível de despesas demasiado elevado para cada membro.

b) O risco moral

O risco moral é a situação frequentemente verificada quando os membros ou as pessoas a seu cargo têm tendência a consumir de forma abusiva ou excessiva, os serviços propostos a partir do momento em que eles são assegurados. O facto da cotização ser independente do montante das despesas contraídas incita os beneficiários a consumir um máximo de necessidades para «rentabilizar» os seus gastos.

Para reduzir este risco podem ser tomadas as seguintes medidas:

instauração de uma participação nas despesas (pré-pagamento) a cargo dos membros ou de um franquias;
instauração de um sistema de referência obrigatória antes de ter acesso às necessidades de uma escala superior, geralmente mais dispendiosa. Pode-se exigir, por exemplo, que os beneficiários se apresentem no hospital depois de terem consultado um médico de clínica geral num centro de saúde, e apenas por recomendação deste último.

c) O risco da super-prescrição

Os prestadores de cuidados de saúde podem provocar um aumento brutal dos custos de saúde ao prescrever medicamentos inúteis sem oposição por parte do paciente pelo facto de ser assegurado.

As seguintes medidas podem contribuir para minimizar este risco:

- remuneração com base num pagamento por pessoa ou por cada caso de doença;
- normalização dos respectivos esquemas de tratamento e controlo pelo médico conselheiro da mutualidade;
- obrigação dos prestadores a prescrever medicamentos essenciais genéricos ou limitação do reembolso de determinados medicamentos incluídos numa lista estabelecida pela mutualidade;
- instauração de orçamentos para a cobertura das necessidades da saúde (por exemplo, a mutualidade pode decidir cobrir as despesas de uma pessoa ingressada no hospital durante um número limite de dias, ficando os restantes dias a cargo do membro);

- instauração de dias de incapacidade ou de um contrato de franquia no caso de hospitalização (por exemplo o primeiro dia de hospitalização a cargo do paciente para evitar hospitalizações dispensáveis);
- obrigação dos membros e das pessoas sob o regime da mutualidade em respeitar os esquemas de vacinação disponíveis para limitar os riscos de epidemias.

d) As fraudes e os abusos

Uma mutualidade de saúde está exposta aos riscos de fraudes e abusos pelos membros, especialmente quando é uma mutualidade importante. As fraudes e os abusos são provocados normalmente pela pressão que pode ser exercida num membro por parte da sua família, pelo seu círculo de amigos ou pelos vizinhos.

Pode acontecer que um membro realize uma selecção dos elementos da sua família sem cotizar todos os seus filhos. Assim quando um dos que não está abrangido fica doente, a tentação será fazê-lo passar por um dos que está inscrito no cartão de membro.

Para contornar este risco podem ser aplicadas as seguintes medidas:

- garantir um controlo antes do recurso aos cuidados: O doente apresenta-se aos responsáveis da mutualidade, que lhe entregam um cartão de garantia, antes de recorrer aos cuidados médicos;
- garantir um controlo após o recurso aos cuidados: os responsáveis da mutualidade comprovam que as pessoas, aquelas que os médicos registam como recorrentes aos tratamentos, ficaram realmente doentes durante o respectivo período. A fraude não é evitada, mas pode ser corrigida e sancionada;
- colocar uma fotografia de identificação do membro e das pessoas abrangidas no cartão de adesão. No entanto, esta solução torna-se geralmente dispendiosa e pode diminuir o número de adesões.
-

e) A ocorrência de casos «catastróficos»

Este risco é relativo às mutualidades que cobrem grandes riscos, sem limite de responsabilidades. Ocorre geralmente quando uma mutualidade inicia as suas actividades: se surge uma despesa de saúde extremamente elevada nesse momento, a mutualidade ficará rapidamente em situação de crise financeira.

A primeira resposta a este risco é a constituição de importantes reservas financeiras.

O acesso a um fundo de garantia ou a possibilidade de um resseguro proporcionam uma protecção suplementar e eficaz. A colaboração entre as diferentes mutualidades é interessante neste domínio especialmente para cobrir as despesas de saúde que ultrapassam a capacidade financeira de cada mutualidade. Também é possível pedir às agências de financiamento que participem nestes fundos de garantia.

5.4 A gestão de uma mutualidade de saúde

O «objectivo social» da mutualidade de saúde não lhe retira as exigências da eficácia que assentam em toda a organização originando uma oferta de serviços. Além disso, é preciso assinalar que o seguro de saúde é um instrumento financeiro complexo com uma gestão delicada. Uma gestão rigorosa e eficaz é importante por duas razões:

A confiança

Uma boa gestão favorece a confiança dos membros. Esse aspecto é especialmente importante nas mutualidades onde os membros têm de pagar regularmente uma contribuição sem obter desse pagamento um benefício imediato. Na verdade, os membros só beneficiam dos serviços da mutualidade na ocorrência de qualquer risco, isto é, muitas vezes vários meses após o pagamento das primeiras contribuições. Os membros têm de ter a certeza que a mutualidade está preparada para os ajudar sempre que eles necessitarem.

Uma gestão eficaz também favorece a confiança dos prestadores de cuidados de saúde em relação à mutualidade. Estes elementos devem ter a certeza que a mutualidade terá sempre possibilidade de pagar as facturas correspondentes aos cuidados aplicados aos beneficiários.

A viabilidade do sistema

Uma mutualidade de saúde cria um sistema de seguro contra os riscos de doença. Isto é uma ferramenta financeira cuja gestão é relativamente complexa: a noção de risco engloba por definição uma parte de incerteza e isto, assim como a cobertura destes riscos, provoca uma alteração do comportamento dos membros e dos prestadores de cuidados médicos (selecção adversa, risco moral, superprescrição, etc.). Uma mutualidade de saúde deve então constituir-se com mecanismos de previsão e controlo, ferramentas de gestão contabilística e financeira e realizar um acompanhamento rigoroso e eficaz para fazer face a qualquer eventualidade e ter capacidade de respeitar os compromissos com os membros e os prestadores de cuidados de saúde.

A gestão de uma mutualidade de saúde deve ser bem preparada antes de iniciar a sua actividade. A experiência das mutualidades de saúde existentes demonstra que, quando os mecanismos de gestão são mal preparados, é muito provável que a mutualidade se confronte com graves disfunções que vão obrigar, durante as primeiras acções, a rever as modalidades de organização e de funcionamento. Frequentemente, provoca uma perda irreversível da credibilidade em relação aos potenciais membros e aos prestadores de cuidados de saúde.

a) A gestão dos recursos humanos

No âmbito de uma mutualidade de saúde, os recursos humanos necessários variam consoante a dimensão da organização e o montante das contribuições que podem ser pedidas aos membros.

O funcionamento de uma mutualidade com poucos membros assenta principalmente na benevolência, mesmo que as funções administrativas e de gestão sejam frequentemente exigentes e difíceis. A mutualidade deve motivar os voluntários, repartir as tarefas e as responsabilidades e aplicar procedimentos administrativos e financeiros simples.

Nas mutualidades com uma dimensão mais importante, uma parte substancial das actividades pode ser atribuída a pessoal assalariado ou ao CE. Sempre que isto acontece devem ser aplicados rigorosos procedimentos de recrutamento, de contratação, de gestão e de avaliação do pessoal.

b) A gestão dos recursos materiais

Ao contrário do que acontece com as empresas de produção que têm de se equipar com máquinas e ferramentas, uma mutualidade necessita de um mínimo de equipamento para poder funcionar. Sendo uma «empresa de serviços», gere essencialmente fluxos financeiros e os fluxos de informação. É muito importante que nesta área disponha dos meios adequados.

Estes meios serão, em função das actividades, adequados à dimensão e meios financeiros da mutualidade:

- locais de permanência ou de secretariado;
- material informático (eventualmente);
- material de circulação (viaturas, motos, bicicletas);
- mobiliário de escritório (escritório, cadeiras, cofre, etc.);
- equipamento de escritório (pastas, papel, lápis).

c) A gestão dos recursos financeiros

Para garantir a funcionalidade e a viabilidade financeira, uma mutualidade de saúde deve equipar-se com ferramentas de gestão e repartir entre os seus órgãos as diferentes funções que são basicamente:

A gestão das adesões e dos benefícios

A gestão das adesões e dos benefícios engloba tarefas relacionadas com o registo e acompanhamento das adesões, a colecta das contribuições e ao seu registo, ao acompanhamento e pagamento dos benefícios. Estas tarefas são especialmente importantes porque as contribuições e os benefícios constituem respectivamente as principais fontes de receita e de despesa de uma mutualidade de saúde. A instituição pode, por exemplo, perder muitas das receitas se não tiver apoios e mecanismos eficazes de cobrança das contribuições.

As ferramentas de gestão das adesões e dos benefícios também permitem aceder a todas as informações necessárias para o acompanhamento e análise das acções da mutualidade. Esta análise torna-se, no entanto, impossível se a mutualidade não conhece exactamente o nome dos seus beneficiários, a quantidade de benefícios concedidos e a sua repartição entre os diferentes tipos de cuidados cobertos e os diferentes prestadores de serviço.

As ferramentas de gestão das adesões e benefícios:

o cartão de membro; o registo dos membros e dos beneficiários;
o cartão de garantia;
o atestado de cuidados;
a factura do prestador de cuidados;
uma ficha de acompanhamento por prestador de serviços.

A gestão contabilística

A gestão contabilística tem por objectivo registar as diferentes operações da mutualidade, na forma de entradas e saídas dos recursos, classificando-os e tratando-os. Esta gestão acompanha as diferentes fases de realização das actividades da mutualidade num determinado período (geralmente um ano) denominado exercício (início, exploração e encerramento).

A gestão da contabilidade assenta nos métodos e documentos comuns a todas as organizações regulamentadas pela legislação. No entanto, o dispositivo contabilístico pode ser adaptado à dimensão, às actividades e a outros pormenores de cada mutualidade de saúde.

As ferramentas da gestão contabilística:

livro caixa; a caderneta bancária;
o diário - Razão;
as provas documentais;

a conta de resultados do exercício;
o balanço.

A gestão financeira

A gestão financeira tem por objectivo garantir a viabilidade financeira da mutualidade a longo prazo. Está orientada para a previsão e organização das despesas e das receitas da mutualidade, para a análise da situação financeira, para a gestão das aplicações financeiras, etc.

A gestão das disponibilidades financeiras é um elemento importante para a viabilidade da mutualidade. A mutualidade pode fazer um acordo com uma instituição financeira para o depósito a prazo de fundos.

As ferramentas da gestão financeira:

a conta de resultados do exercício e o balanço;
o orçamento;
o plano de tesouraria;
as relações financeiras.

O acompanhamento

A aplicação de um sistema de acompanhamento é muito importante. Este sistema deve permitir acompanhar as adesões, os prestadores de serviços, a evolução dos benefícios reembolsados (por exemplo as flutuações durante o ano), o custo médio dos benefícios, as percentagens financeiras, etc. O acompanhamento deve permitir identificar rapidamente os problemas ou evoluções importantes de forma a que o CA possa tomar decisões e aplicar medidas em tempo útil.

5.5 As perspectivas de duração e de viabilidade de uma mutualidade de saúde

Uma mutualidade de saúde deve ser bem gerida: deve reduzir os custos de funcionamento, garantir a recolha das contribuições e acompanhar de forma correcta as despesas na matéria da saúde. Deve adaptar da melhor forma os cuidados abrangidos à capacidade de contribuição do seu grupo alvo. A mutualidade deve dispor sempre que possível de pessoal competente e honesto e os seus órgãos de decisão devem acompanhar de perto o seu funcionamento.

VI. A criação de uma mutualidade de saúde por uma associação profissional

6.1 As diferentes etapas

A criação de uma mutualidade de saúde é um processo habitualmente lento que passa por diversas etapas e se defronta com muitas dificuldades, entre as quais, a insuficiência de informações sanitárias e financeiras disponíveis.

Esta fase de criação da mutualidade é determinante. Qualquer erro na escolha das actividades, na definição da organização ou no cálculo das contribuições vai afectar a viabilidade da mutualidade.

A criação da mutualidade de saúde é seguida por uma fase de crescimento, que se prolonga até atingir o início do equilíbrio. Esta segunda fase é também bastante longa; prolongando-se habitualmente por um período de dois ou três anos. Este período permite clarificar as hipóteses que surgiram durante a fase de criação, graças à experiência adquirida durante os primeiros anos de funcionamento.

A rapidez e harmonia da fase de crescimento da mutualidade depende da forma cuidadosa e rigorosa como é realizada a sua criação.

O processo de criação desenvolve-se em várias etapas:

- **Etapla 1:** consciencialização dos micro-empresários – isto é, os potenciais membros – das dificuldades e das necessidades partilhadas nas questões de saúde e a decisão de adoptar uma solução comum: a mutualidade de saúde. Esta etapa é composta por diferentes fases:
 - sensibilização e incitação orientada para a população alvo;
 - verificar se estão reunidas as condições prévias para a criação de uma mutualidade de saúde;
 - constituição de um grupo de trabalho.
- **Etapla 2:** estudo do contexto para obter um conjunto de informações necessárias para determinar as características da futura mutualidade.

- **Etapa 3:** definição da fórmula de mutualidade mais adequada no que diz respeito aos serviços oferecidos, organização e funcionamento da mutualidade. É o momento de proceder:
 - à escolha dos riscos a cobrir e dos serviços a oferecer;
 - à escolha dos prestadores de cuidados de saúde e à negociação das condições financeiras;
 - à definição da organização interna;
 - à definição das modalidades de funcionamento;
 - à definição do orçamento.
- **Etapa 4:** constituição da mutualidade e início das actividades:
 - preparação e organização da assembleia geral constitutiva (AGC);
 - início das actividades.

A associação profissional que pretender criar uma mutualidade de saúde pode organizar uma pesquisa junto dos seus membros para conhecer as suas despesas em questões de saúde, a sua opinião em relação aos restantes prestadores de serviços, e a sua disponibilidade em pagar uma contribuição para o seguro de saúde. Para as grandes associações profissionais, a mobilização das diferentes divisões e secções é muito importante antes do lançamento da iniciativa.

A fórmula da mutualidade que vai ser adoptada, especialmente a organização interna, será influenciada pelas pontos fortes e fracos da associação profissional, e pela sua experiência da gestão e pelos seus recursos humanos e financeiros. A escolha dos prestadores de serviços é influenciada pela experiência dos membros nas questões de saúde e posicionamento das suas actividades económicas. Também é preciso analisar de que forma a criação da mutualidade de saúde pode ser um elemento de atracção para as micro-empresas que ainda não são membros da associação profissional.

6.2 A sensibilização e motivação

A primeira etapa do processo de criação de uma mutualidade de saúde assenta na organização de sessões de sensibilização e de motivação, através:

- das associações locais: deve ser dado um cuidado especial aos grupos de assistência (associações femininas, tontinas e outras associações com fundos de assistência);
- das autoridades locais: tradicionais, administrativas e religiosas.

O objectivo é envolver a população alvo num processo de reflexão baseado na observação e na análise das necessidades em questões de saúde expressas pelos próprios interessados.

A sensibilização e a motivação são contínuas e intervêm durante todas as etapas de criação da mutualidade. Estas acções desempenham um papel importante durante a terceira etapa, que deve contar com a participação activa da população alvo na escolha dos benefícios e das respectivas contribuições.

6.3 A verificação das condições prévias

A mutualidade de saúde nem sempre é o sistema de segurança melhor adaptado a um determinado contexto. A primeira actividade consiste em verificar a existência de um determinado número de condições necessárias para a criação de uma mutualidade.

a) Devem existir elos de solidariedade entre os futuros membros

A solidariedade é um factor indispensável para qualquer grupo de assistência. É o pilar fundamental da mutualidade. Os elos de solidariedade necessários para a criação de uma mutualidade de saúde podem derivar de várias situações: habitantes da mesma vila ou distrito, micro-empresas da mesma dimensão ou que trabalhem no mesmo sector de actividade, trabalhadores da mesma empresa, membros de um movimento social, etc.

b) Os potenciais membros devem sentir dificuldades financeiras para aceder aos cuidados de saúde

A futura mutualidade de saúde vai proporcionar especialmente uma solução para os problemas financeiros e de acesso aos cuidados de saúde. Esta dificuldade constitui o primeiro elemento que justifica a criação de uma mutualidade.

Para que a população visada sinta um verdadeiro interesse de parte da mutualidade, é necessário que a organização responda não só a uma necessidade real, mas também que essa necessidade seja considerada uma prioridade ou seja pelo menos importante. Dado que esta condição nem sempre é preenchida no início do projecto, é necessário ajudar a população alvo a esclarecer e a exprimir as suas necessidades sem criar falsas expectativas.

c) A população alvo deve confiar nos impulsionadores do projecto

As micro-empresas que poderão aderir à futura mutualidade devem confiar na sua associação profissional, impulsionador do projecto. Na realidade, vão confiar as suas contribuições a esta organização. Assim, os antecedentes relativos às relações entre as micro-empresas e a sua associação profissional vão constituir elementos importantes para apreciar as possibilidades de criação de uma mutualidade.

A confiança dos membros também será condicionada pelo sucesso ou fracasso que tenham experimentado nestas áreas ou em experiências semelhantes (cooperativas de serviços, sistemas de poupança e de crédito, etc.). Estes últimos sistemas devem ser analisados para avaliar a viabilidade do projecto de criação da mutualidade e definir as acções a tomar.

A atitude das autoridades locais (oficiais, tradicionais, etc.) em relação ao projecto também é muito importante. A associação profissional terá então interesse em contactar rapidamente com estas autoridades. No entanto, uma atitude positiva de parte das autoridades não constitui uma condição indispensável para o arranque e desenvolvimento da mutualidade.

d) Devem estar disponíveis serviços de saúde de qualidade

A mutualidade deve poder contar com um conjunto de serviços de saúde que permita responder às principais necessidades dos beneficiários. Estes serviços podem ser fornecidos pelos centros de saúde, pelos hospitais ou pelos profissionais de saúde do sector privado que trabalhem individualmente ou através de empresas privadas (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, etc.).

Estas instalações médicas não devem estar muito longe do local de residência e de trabalho das micro-empresas e devem ser de qualidade. A principal razão que leva os micro-empresários a ter um acesso limitado aos cuidados de saúde é de ordem financeira (incapacidade para pagar os tratamentos).

No entanto, pode ocorrer que determinados prestadores de serviços não sejam bem vistos pela população porque são, por exemplo, regularmente confrontados com falta de medicamentos ou porque a recepção dos beneficiários nem sempre é a mais adequada (geralmente relacionado com o nível de salários do pessoal, estado dos equipamentos, etc.). Assim, a mutualidade deve certificar-se de que pode responder de forma eficaz a estas deficiências (melhor disponibilidade financeira para manter um stock de medicamentos, aumento da remuneração do pessoal para que se sintam mais motivados, etc.).

A mutualidade só terá de criar os seus próprios centros de saúde ou hospitais se não existirem prestadores de cuidados nas proximidades que proporcionem serviços de qualidade (eventualmente com ajuda da mutualidade). Se estes serviços existirem mas forem demasiado dispendiosos, pode ser considerada a possibilidade de criação de formações médicas relacionadas com a mutualidade. Neste caso, é necessário analisar os motivos desse custo elevado e garantir que a mutualidade pode reduzir esses valores sem afectar a qualidade dos cuidados disponibilizados.

As unidades médicas criadas por iniciativa da mutualidade da associação profissional devem ter uma personalidade jurídica distinta. Por outro lado, é muito importante conhecer e distinguir os resultados financeiros de cada uma das estruturas, separar a sua gestão e não confundir as responsabilidades de cada uma das direcções.

e) Desencadeamento de uma dinâmica de desenvolvimento socio-económico

A existência de uma dinâmica de desenvolvimento económico facilita, especialmente nas zonas rurais, a introdução de um financiamento mutualista dos serviços de saúde. As actividades económicas rentáveis proporcionam às populações recursos financeiros que facilitam o pagamento das contribuições.

6.4 O estudo do contexto

Para qualquer organização que pretenda criar uma mutualidade, é importante conhecer bem o contexto em que vai operar através de dados demográficos, socio-económicos, sanitários, financeiros e jurídicos. Estes dados são necessários para apreciar a viabilidade global do projecto, assim como para determinar as necessidades concretas da população, realizar as projecções financeiras e definir os benefícios que vão estar cobertos.

A pesquisa deve limitar-se a informações práticas e úteis para a criação de uma mutualidade de saúde. Em muitos casos, a experiência demonstra que esta precaução não é considerada. Existem muitas informações acumuladas que nunca chegam a ser utilizadas (informações irrelevantes, supérfluas ou desnecessárias).

Antes de iniciar todo o trabalho de pesquisa, será conveniente contactar também diferentes instituições — administração, instituições universitárias, autoridades locais, centros de documentação — para recolher as informações já disponíveis.

6.5 A escolha da fórmula mutualista mais adequada

O estudo do contexto tem como objectivo reunir todas as informações necessárias para definir as actividades, a organização e o funcionamento da mutualidade de saúde. Em seguida, é necessário analisar estas informações para identificar a fórmula mutualista que melhor se adapta às necessidades ao contexto e aos costumes locais.

Para este trabalho de análise, pode ser criado um grupo no seio da associação profissional com o eventual apoio dos intervenientes exteriores. Esta análise deve ser distribuída regularmente pelos micro-empresários, através reuniões promocionais, para:

- recolher as opiniões do conjunto dos potenciais beneficiários;
- conhecer melhor a opinião dos micro-empresários sobre a sua situação sanitária, das suas dificuldades, etc.;

- implicar directamente os futuros membros na preparação das escolhas que vão resultar desta análise. Esta implicação vai facilitar a tomada de decisões aquando da AGC;
- informar-se sobre os sucessos e falhas de outras mutualidades de saúde na região.

Estudo do contexto: tipo de informações que devem ser recolhidas

Os aspectos demográficos:

os valores e o crescimento da população alvo;
distribuição da população da zona por grupos etários e de sexo;
dimensão média e composição das famílias (homens, mulheres, crianças, outras pessoas dependentes); a dinâmica dos movimentos migratórios.

A oferta dos benefícios:

o nome e a distribuição dos prestadores dos cuidados de saúde;
a natureza dos serviços de saúde (consultas, maternidade, internamentos, etc.);
a qualidade dos cuidados de saúde; o número e a qualificações do pessoal médico;
a percepção dos prestadores pela população; as distâncias entre os prestadores de cuidados de saúde e a população alvo;
os circuitos de distribuição dos medicamentos, a disponibilidade de medicamentos essenciais e genéricos.

As formas de solidariedade e de organização da população:

as formas actuais e anteriores de organização da população (comunidades básicas, associações de bairro, cooperativas, associações, tontinas, etc.);
a organização e o funcionamento das associações de entre-ajuda locais: órgãos, modalidades de recolha das contribuições, dificuldades, etc.;
as práticas de entre-ajuda e de solidariedade já existentes nas questões de saúde.

Os rendimentos das famílias e as despesas de saúde:

as actividades económicas da população; a natureza das produções agrícolas, a parte comercializada e auto-consumida;
o nível dos rendimentos, a sua distribuição e a evolução do poder de compra;
o orçamento familiar anual e a percentagem desse orçamento consagrada à saúde.

Os aspectos económicos:

o nome das micro-empresas;
a rentabilidade dessas empresas (resistência, crescimento, etc.);
as associações de micro-empresas. A situação sanitária e as necessidades em questões de saúde: as necessidades prioritárias em questões de saúde;
as taxas de frequência dos serviços de saúde;
as doenças habituais; as taxas de morbidez, de mortalidade, a má nutrição, etc.;

O financiamento dos cuidados médicos:

as modalidades de financiamento das despesas de saúde;
o custo dos cuidados médicos; as iniciativas nas matérias de financiamento da saúde.

O âmbito jurídico e institucional:

os textos que proporcionam à mutualidade uma personalidade jurídica;
os textos referentes à política de saúde: organização dos serviços de saúde, prevenção, etc.;
os textos relativos à política dos medicamentos (incluindo as leis e regulamentos de fixação de preço).

Os outros elementos:

identificação dos meios materiais (locais etc.), humanos (competências locais, etc.), e outras (instituições bancárias, fornecedores de bens e serviços, etc.).

Antes de iniciar as actividades da mutualidade é necessário realizar algumas escolhas, nomeadamente:

- a cobertura geográfica: bairro, aldeia, região, etc.;
- o grupo alvo: limitado aos micro-empresários (homens e mulheres) membros da associação profissional ou a toda a população;
- os riscos cobertos, os benefícios e as contribuições correspondentes;
- quais os prestadores de cuidados médicos que vão estabelecer uma convenção com a mutualidade;

- a organização interna da mutualidade de saúde;
- as modalidades práticas de funcionamento da mutualidade.

Durante esta fase de formulação também é elaborado um programa de acção e um orçamento provisório, que traduz em termos financeiros o conjunto das escolhas realizadas.

A escolha dos cuidados médicos que vão estar cobertos e o cálculo das contribuições constituem dois pontos muito importantes desta etapa de definição da fórmula mutualista e merecem uma atenção especial.

a) A escolha dos cuidados médicos cobertos pela mutualidade de saúde

Uma mutualidade de saúde não anula o custo dos cuidados médicos. Modifica os modos de encargos graças a um sistema de previdência e mutualização dos riscos.

Ou seja, a contribuição exigida aos membros deve corresponder aos custos dos cuidados médicos que estão cobertos pela mutualidade. Desta forma, a cobertura de todos os tipos de cuidados e serviços de saúde torna-se pouco realista porque iria exigir uma contribuição demasiado elevada, limitando o acesso aos membros com rendimentos inferiores. Desta forma, é necessário seleccionar, em conjunto com os potenciais membros, os cuidados médicos cobertos pela mutualidade. Esta escolha vai condicionar a viabilidade da mutualidade.

Para compreender melhor a incidência desta escolha, também é preciso saber os motivos que levam o micro-empresário, homem ou mulher, a aderir a uma mutualidade de saúde. Existem vários motivos que podem influenciar o pagamento de uma cotização:

- proteger os membros da família e a si próprio de determinados riscos (motivação individual);
- manter os seus compromissos com os trabalhadores e aprendizes em caso de acidentes de trabalho ou doenças graves;
- evitar prejuízos para a empresa por motivo de doença;
- participar num movimento de entre ajuda e de solidariedade que assegure uma protecção colectiva (motivação colectiva).

Estas motivações embora diferentes estão muito próximas: será que um indivíduo propõem-se a ser solidário e a aderir aos valores mutualistas se não tiver a impressão de que pode retirar um determinado benefício em matéria de satisfação das suas próprias necessidades de saúde? Na verdade, a duração da solidariedade prolonga-se enquanto os membros virem que esta organização é, de uma forma ou de outra, o meio de satisfação dos seus interesses.

A escolha dos cuidados cobertos deve satisfazer um determinado número de critérios para que a fórmula mutualista promovida seja viável e apelativa.

A cobertura dos cuidados de saúde é uma questão pertinente

Os cuidados médicos cobertos devem corresponder efectivamente a situações de risco identificadas pelos micro-empresários.

Estes riscos são geralmente repartidos em duas grandes categorias: os pequenos riscos (cuidados de saúde primários) e os grandes riscos (cuidados de saúde secundários e terciários). Os promotores de uma mutualidade de saúde dividem as opiniões em relação à pertinência de cobrir uma ou outras destas duas categorias de risco.

Os cuidados de saúde primários constituem a porta de entrada no sistema sanitário. Os custos não são muito elevados. Uma cobertura de pequenos riscos pretende antes de mais favorecer um acesso rápido aos cuidados de saúde, para evitar o agravamento do estado do doente. No entanto, a cobertura dos cuidados de saúde primários por um sistema de seguro defronta-se com duas condicionantes importantes:

- devido à frequência com que ocorrem estes riscos, vai ser necessário um montante elevado de contribuições. Assim, o acesso à mutualidade pelas famílias com menos rendimentos será mais difícil;
- a cobertura de pequenos riscos está sujeita aos fenómenos de selecção adversa e de risco moral. A viabilidade financeira da mutualidade ficará automaticamente fragilizada.

Por outro lado, a cobertura dos grandes riscos permite uma protecção contra os cuidados de saúde mais dispendiosos, os que colocam mais dificuldades financeiras às famílias, especialmente nos casos de doenças graves ou nas intervenções médicas de urgência.

Uma cobertura única de grandes riscos permite fixar uma contribuição menos elevada, apesar dos custos das intervenções, porque ocorrem com menos frequência. Por outro lado, a cobertura dos grandes riscos está sujeitas às seguintes condicionantes:

- a frequência dos internamentos e das intervenções cirúrgicas é reduzida. Conforme o contexto, é possível estimar que 4 a 8% dos assegurados podem necessitar de recorrer aos cuidados de saúde secundários durante o ano. A mutualidade terá assim pouca importância, podendo verificar-se desmotivação nos membros;
- se as famílias sentirem dificuldades para pagar os cuidados de saúde primários, a mutualidade não vai resolver os problemas de atraso na procura de tratamento, com o agravamento de poder originar doenças;

- uma mutualidade que inicia as suas actividades (ou de reduzidas dimensões) pode ressentir-se de dificuldades financeiras devido aos internamentos dispendiosos e repetitivos.

O co-pagamento e a franquia (consultar abaixo) permitem limitar os riscos de excesso e de selecção adversa.

Uma mutualidade operacional pode diversificar os serviços que oferece aos membros e desenvolver, por exemplo, uma combinação de cobertura de pequenos riscos e grandes riscos que respondem às necessidades dos micro-empresários.

A protecção fornecida deve ser visível

Mesmo que os membros tenham cumprido os princípios de entre-ajuda e previdência, os membros de uma mutualidade devem poder constatar que o seu sistema funciona, porque:

- o pagamento de uma contribuição regular obriga a uma determinada condicionante: é preciso «esvaziar os bolsos» frequentemente ou despendir de um montante considerável todos os anos;
- a contribuição é paga para um fundo comum e muitos grupos já registaram problemas de má gestão, voluntária ou não. A desconfiança pode instalar-se rapidamente se foram pagas poucas contribuições;
- um dos princípios básicos da mutualidade é a gestão democrática. A aplicação deste método exige uma reunião frequente com os membros. No entanto, os membros não se vão sentir muito motivados a participar se a mutualidade for pouco activa.

Assim, uma mutualidade que escolha cobrir riscos com poucas contribuições (internamentos prolongados, cirurgia) está sujeita a tornar-se pouco dinâmica e pouco apelativa. Por outro lado, uma mutualidade que cubra pequenos riscos será muito activa, e logo muito visível, mas será também menos acessível às famílias com rendimentos mais baixos e obriga a uma gestão muito mais delicada.

De forma a garantir uma certa visibilidade, é importante que a mutualidade possibilite a um número considerável de famílias benefícios de pelo menos uma prestação anual. A cobertura dos pequenos internamentos e partos representa bem este tipo de critério.

A contribuição deve ser acessível

A protecção que uma mutualidade pode proporcionar aos seus membros depende em grande parte dos seus rendimentos, da sua capacidade contributiva, assim como do seu poder de compra em matéria de saúde.

Um valor de contribuição demasiado elevado vai ser proibitivo para a grande maioria dos membros. Por outro lado, a mutualidade que disponibilizar todos os cuidados de saúde, primários e secundários, de forma «gratuita» para os beneficiários vai ser muito atraente, mas pouco viável no plano económico e financeiro.

Tal como acontece em todas as empresas, uma mutualidade de saúde é confrontada com o clássico fenómeno da elasticidade da procura de um produto ou de um serviço consoante o preço praticado: quanto maior for o preço, menor será o número de potenciais interessados. Desta forma, um valor de contribuição demasiado elevado vai desencorajar as adesões. Por outro lado, as mutualidades com contribuições reduzidas terão um maior número de membros. Esta elasticidade também é influenciada pela percepção de risco financeiro sentida pela população alvo da mutualidade.

Durante a selecção de cobertura dos cuidados de saúde, os membros devem estimar as consequências de uma escolha realizada com base no valor das contribuições e verificar se todos podem suportar esses valores. Além disso, o montante de contribuições também depende da percentagem de despesas médicas que estão cobertas, porque geralmente um seguro cobre apenas uma parte das despesas (consultar abaixo).

b) O cálculo das contribuições

O cálculo das contribuições constitui o ponto mais difícil da criação de uma mutualidade. Também é muito importante porque o montante das contribuições determina directamente a viabilidade futura da organização.

- Se a contribuição for muito reduzida, a mutualidade torna-se deficitária com risco de falência durante o período de exercício se não conseguir mobilizar os recursos suplementares (subsídios, contribuições excepcionais, fundos de garantia, etc.).
- Se a contribuição for muito elevada, a mutualidade será pouco acessível do ponto de vista financeiro a um grande número de potenciais membros.

O cálculo das contribuições baseia-se numa estimativa de ocorrência dos riscos de saúde e dos custos implicados no tratamento. Infelizmente, e na maioria dos casos, existem poucos dados fiáveis disponíveis que permitam realizar estas estimativas de forma precisa. Assim, o cálculo do montante da contribuição é realizado de forma bastante imprecisa. É necessário garantir, especialmente nos primeiros anos, um acompanhamento rigoroso do montante das contribuições e do custo dos benefícios para realizar os ajustes necessários.

As mutualidades utilizam diversos tipos de cálculos para as contribuições. O seguinte método é o mais utilizado e o mais rigoroso. Para compreender como funciona, é preciso recordar para que servem as contribuições. São aplicadas para:

- reembolsar as despesas de saúde (com excepção do co-pagamento) correspondentes aos cuidados cobertos pela mutualidade;

- constituir reservas para reforçar a solidez financeira da mutualidade, em cada exercício fiscal;
- financiar os custos de funcionamento da mutualidade.

Este primeiro método decompõe o cálculo da contribuição em três elementos:

Contribuição individual pelos cuidados de saúde cobertos =
Prémio de risco +
Margem de segurança +
Custo unitário de funcionamento

Prémio de risco = Taxa de frequência estimada ×
(custo médio do serviço - co-pagamento a custo do doente).

Margem de segurança = Fixado frequentemente em 10% do prémio de risco.
Este valor está relacionado com a incerteza relativa ao cálculo do prémio de risco.

Custo unitário de funcionamento = Estimativa dos custos de funcionamento totais divididos pelo número de beneficiários atendidos. Este valor também pode ser fixado numa primeira abordagem em cerca de +/- 10% da soma: prémio de risco + margem de segurança. Esta segunda alternativa é bastante mais imprecisa.

A estes três elementos é adicionado o factor E que define o montante unitário de excedentes que são necessários para constituir as reservas financeiras.

Se forem cobertos diversos cuidados de saúde, a contribuição individual é igual à soma das contribuições calculadas para cada cuidado de saúde. Na maioria das mutualidades, a contribuição familiar é igual à contribuição individual total multiplicada pelo número médio de membros por família.

Estes cálculos proporcionam uma estimativa da contribuição anual; em seguida, é possível fraccionar este valor por dia, mês, etc., consoante a frequência de pagamento das contribuições que estiver mais de acordo com os rendimentos dos micro-empresários. Geralmente, quanto menor for o rendimento, maior é a preferência das pessoas em realizar pagamentos regulares de uma pequena soma em vez de realizar apenas um grande pagamento.

O processo que leva à escolha final da contribuição exigida aos associados desenrola-se esquematicamente em três fases:

1.

Estima-se a capacidade contributiva da população alvo, isto é o montante médio que cada indivíduo ou família terá possibilidades de pagar. Note-se que esta capacidade contributiva depende muito do interesse que os micro-empresários atribuem às despesas de saúde. A sensibilização da população e a utilidade do serviço proposto, têm também influência sobre a vontade de pagar uma contribuição.

2.

Calcula-se que a contribuição correspondente a cada tipo de cuidado está contemplada. Em seguida, elaboram-se diversas possibilidades de cobertura das despesas de saúde incluindo a cobertura de diferentes tipos de cuidados. O montante total da contribuição referente a cada possibilidade deve ser compatível com a capacidade contributiva da população alvo.

3.

Estas diferentes possibilidades são apresentadas às populações que participam assim na escolha final das actividades e benefícios da futura mutualidade. no final, será adoptada apenas uma das possibilidades com a qual os promotores da mutualidade vão poder afinar os mecanismos e técnicas de criação e definição do orçamento da mutualidade.

VII. Conclusões

É interessante concluir este guia realçando a adequação entre as necessidades das micro-empresas e as características das mutualidades.

Se nos referirmos às diferentes partes deste guia, constata-se, em primeiro lugar que as principais condições antes de iniciar a criação de uma mutualidade de saúde são reunidas sem dificuldade ao nível dos micro-empresários.

- Estas pessoas têm uma necessidade real de protecção face ao risco de doença que engloba:
 - o estado de saúde dos indivíduos: a fragilidade e irregularidade dos rendimentos dos empresários, assim como dos estagiários e trabalhadores, constituem os limites económicos e financeiros do seu acesso aos cuidados de saúde;
 - a proveniência do rendimento da família: A doença pode provocar uma paragem de trabalho temporária ou permanente resultando numa perda do rendimento, mas também uma redução dos recursos da empresa quando os fundos da empresa são utilizados para responder a uma despesa de saúde importante e urgente.
- As micro-empresas estão muito enraizadas na sociedade tradicional sendo elas quem activa os mecanismos de entre-ajuda e solidariedade. Existem numerosos exemplos de caixas colectivas, de tontinas e de outros mecanismos de entre-ajuda iniciados numa associação, entre comerciantes num mercado, etc. Verifica-se assim que já existem elos de solidariedade que podem servir de base ao desenvolvimento das mutualidades.
- As associações dos micro-empresários demonstram uma importante dinâmica de desenvolvimento sócio-económico. Estas associações representam um potencial real para a realização de objectivos sociais tais como garantir uma protecção social aos seus membros. Geralmente, algumas permitem desde o início, a mutualização do risco de doença entre um número elevado de pessoas.

Por outro lado, as mutualidades de saúde apresentam uma flexibilidade de organização e de funcionamento superior à de outros serviços de seguros. Isso permite adaptar a sua forma à diversidade das situações encontradas no domínio da micro-empresa. A mutualidade de saúde é criada e gerida pelos membros. São estes últimos que definem as modalidades de adesão, de contribuição, de organização e os serviços oferecidos pela mutualidade.

A criação de uma mutualidade de saúde com o objectivo de organizar um sistema de protecção social para os micro-empresários pode apresentar inúmeras vantagens. No entanto, tanto a criação como o funcionamento de uma mutualidade de saúde depara-se com bastantes dificuldades, tais como:

- A criação de uma mutualidade é um processo longo, por vezes mal entendido e mal aceite pelos potenciais membros, habituados a soluções mais rápidas.
- A mutualidade tem uma fase de crescimento, geralmente durante vários anos, em que tem de rever as hipóteses aplicadas inicialmente, com base na experiência que adquiriu. Por vezes, estas modificações são notadas pelos membros, como resultantes de erros de gestão dos responsáveis.
- A mutualidade é uma organização com autogestão que exige dos seus administradores e gestores um trabalho importante mas benévolo para além das actividades de cada um. Quando o volume de trabalho é muito grande pode levar a uma desmotivação dos responsáveis com todas as consequências inerentes ao funcionamento da mutualidade. Por isso, é aconselhável que a mutualidade atinja um nível financeiro que permita contratar o pessoal necessário para desempenhar as tarefas diárias necessárias.
- Com efeito, as experiências actuais das mutualidades demonstram que se regista por um lado, uma taxa de adesão da população alvo pouco elevada e, por outro lado, problemas com a continuidade de pagamento das contribuições. Estas dificuldades são provocadas, segundo os casos, pela desmotivação dos potenciais membros, pelos problemas de organização da mutualidade, pelos benefícios mal adaptados às necessidades das famílias ou por contribuições demasiado elevadas.

Tendo em conta a importância destas dificuldades, convém recordar alguns factores de sucesso de uma organização mutualista adaptada à especificidade da micro-empresa e com capacidade de resposta às necessidades dos micro-empresários:

- Um desses factores é a implicação contínua dos membros na vida da mutualidade através da promoção de uma gestão democrática e participativa. Este factor também já demonstrou ser de extrema importância para a promoção das associações dos micro-empresários. Para além dos membros, todos os outros participantes da mutualidade devem estar envolvidos de forma activa. Nestes elementos incluem-se especialmente os prestadores de cuidados de saúde cujo comportamento condicionara em parte a viabilidade da mutualidade.
- Para garantir uma participação eficaz dos membros, deve ser dada uma atenção especial à sensibilização, animação e informação contínua que permita aos membros saber que escolhas devem fazer durante a criação e desenvolvimento da mutualidade.
- As necessidades em questão de saúde são importantes, mas a criação de um sistema de protecção é limitado pela capacidade contributiva dos membros. Nestas condições, uma mutualidade de saúde deve ter muita atenção na escolha dos seus benefícios. É necessário encontrar um equilíbrio entre a melhor cobertura possível dos cuidados de saúde e uma contribuição que seja acessível aos membros. O equilíbrio entre benefícios e contribuições é uma questão que exige o apoio de mutualidade mais experientes.

- Para que o seguro possa desempenhar realmente o seu papel de divisão dos riscos entre os membros, o número de membros não pode ser muito reduzido. As mutualidades com um número reduzido de membros serão muito frágeis ou serão obrigadas a exigir contribuições elevadas. O aumento do número de pessoas protegidas permite realizar economias de escala em questões de funcionamento e dispor de um maior poder de negociação face aos prestadores de cuidados de saúde.
- A adoção de uma gestão rigorosa é um elemento essencial para a viabilidade de uma mutualidade, mas as ferramentas e as técnicas utilizadas devem ser adaptadas às competências dos seus administradores.

A gestão do seguro é uma técnica difícil sobretudo quando é realizada num meio onde os dados estatísticos são reduzidos e pouco fiáveis. Este guia possibilita às pessoas interessadas em criar mutualidades de saúde a consulta de informações que lhes permita confirmar essa intenção, mas não deve ser utilizado de forma exclusiva. As pessoas interessadas na criação de uma estrutura deste tipo, devem estar bem informadas e dispor de um apoio qualificado.

Bibliografia

- BIT. 2000: Rapport sur le travail dans le monde 2000: Sécurité de revenu et protection sociale dans un monde en mutation (Genève).
- ¾. 1999: «I-WEB (Improve your work environment and business for micro manufacturers) Trainer's Guide» (Genève).
- ¾. 1999: «I-WEB (Improve your work environment and business for micro manufacturers) Action Manual» (Genève).
- ¾. 1999: «Job quality and small enterprise development», SEED Series on Job Quality in Micro and Small Enterprise Development, Working Paper n° 4 (Genève).
- ¾. 1999: «PATRIS (Participatory action training for the informal sector) Operator's Manual» (Genève).
- ¾. 1998: Rapport sur l'emploi dans le monde 1998-99. Employabilité et mondialisation – Le rôle crucial de la formation (Genève).
- BIT-STEP, ANMC, WSM. 2000: Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs (Genève, STEP).
- BIT-STEP, USAID/PHR, ANMC, WSM. 2000: Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre (Washington, STEP).
- BIT-STEP. 1998: Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (Genève, STEP).
- Forastieri, V.; Riwa, P.G.; Swai, D. 1996: «Dar es-Salaam. Occupational safety and health in the informal sector». Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector, Working Paper n° 6, IDP INF/WP-6 (Genève, BIT).
- Ginneken, Wouter van. 1999: «Sécurité sociale pour le secteur informel: un nouveau défi pour les pays en développement», Revue internationale de sécurité sociale (Genève, AISS), vol. 52, n° 1.
- Haan, H.C.; Coad, A.; Lardinois, I. 1996: «Municipal solid waste management involving micro- and small enterprises: Guidelines for municipal managers» (Saint-Gall, Suisse, SDC/WASTE/GTZ/ILO/SKA).
- Joshi, G. 1997: «Urban informal sector in Metro Manila: A problem or a solution?» (Genève, BIT).
- Kogi, K., Phoon W.O., Thurman, JE. 1989: «Low-cost ways of improving working conditions: 100 examples from Asia» (Genève, BIT).
- Maldonado, C. 1995: «Entre l'illusion de la normalisation et le laisser-faire: vers la légalisation du secteur informel?», Revue internationale du travail (Genève, BIT), vol. 134, n° 6.
- Mwinuka, J. B. 1996: «Improvement of the apprenticeship system in the informal sector in Tanzania». Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector, Working Paper n° 6, IDP INF./WP-3 (Genève, BIT).